

Evaluación de la calidad asistencial en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña

Autora: Fátima Santalla Borreiros

Tesis doctoral UDC / 2019

Directores: Dr. Ramón González Cabanach.

Dr. Antonio J. Souto Gestal.

Tutor: Dr. Ramón Fernández Cervantes

Programa oficial de doutoramento en Saúde, Discapacidade, Dependencia e Benestar





El Dr. Ramón González Cabanach, Catedrático de Universidad de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de A Coruña, en calidad de director

INFORMA QUE:

La tesis presentada por Dña. Fátima Santalla Borreiros, titulada “Evaluación de la calidad asistencial en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña”, ha sido realizada bajo mi dirección.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias de originalidad y rigor científico para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de A Coruña.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo la presente en A Coruña, 10 de junio de 2019.

**GONZALEZ
CABANACH
RAMON -
02844576M**

Firmado digitalmente por GONZALEZ
CABANACH RAMON - 02844576M
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES, serialNumber=02844576M,
sn=GONZALEZ CABANACH,
givenName=RAMON, cn=GONZALEZ
CABANACH RAMON - 02844576M
Fecha: 2019.06.12 18:12:51 +02'00'

Fdo.: Dr. Ramón González Cabanach

Catedrático de Universidad

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

de la Universidad de A Coruña



El Dr. Antonio J. Souto Gestal, Profesor Ayudante Doctor de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de A Coruña, en calidad de director

INFORMA QUE:

La tesis presentada por Dña. Fátima Santalla Borreiros, titulada “Evaluación de la calidad asistencial en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña”, ha sido realizada bajo mi dirección.

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias de originalidad y rigor científico para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de A Coruña.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo la presente en A Coruña, 10 de junio de 2019.

**SOUTO GESTAL
ANTONIO JOSE -
32707113D**

Firmado digitalmente por SOUTO GESTAL
ANTONIO JOSE - 32707113D
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES,
serialNumber=32707113D, sn=SOUTO GESTAL,
givenName=ANTONIO JOSE, cn=SOUTO GESTAL
ANTONIO JOSE - 32707113D
Fecha: 2019.06.12 17:44:23 +02'00'

Fdo.: Dr. Antonio J. Souto Gestal

Profesor Ayudante Doctor

Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas

de la Universidad de A Coruña

A mis padres, Ramiro y Marina.

Gracias por educarme en los valores del trabajo con perseverancia, esfuerzo y humildad.

Agradecimientos

Quisiera comenzar agradeciendo a mis directores de tesis, el Dr. Ramón González Cabanach y el Dr. Antonio J. Souto Gestal, su gran dedicación, confianza y ayuda durante la realización de este trabajo.

Gracias a mi tutor, el Dr. Ramón Fernández Cervantes, por sus sabios consejos, que tanto me han ayudado en el ámbito profesional y personal.

Mi agradecimiento especial a mi mentor y maestro, el Dr. Manuel Romero Martín. Gracias por haber confiado en mí, incluso antes de haberlo hecho yo misma.

Gracias a la Dra. M^a Jesús Movilla Fernández y a todo su equipo de Investigación Cualitativa (GRINCAR de la UDC), especialmente a María, Sara y Carla, por animarme a subirme al tren de la investigación cualitativa y por su ayuda incondicional en la realización de este trabajo.

Gracias a la Facultad de Enfermería y Podología y al Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña por su apoyo y confianza desde mis primeros pasos académicos y profesionales, especialmente a mi compañero y amigo Pedro Gil Manso.

Gracias a todo el equipo de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña, docentes, PAS y alumnado, por su esfuerzo diario y su ayuda desinteresada.

Mi más sincero agradecimiento a todos los pacientes que han aceptado participar en el estudio y compartieron su experiencia conmigo.

Gracias a todo el equipo de ZONA SALUD por tantos años de apoyo, aprendizaje y crecimiento juntos. Gracias por enseñarme la asistencia podológica de calidad y la importancia de la formación continuada a lo largo de la vida.

Gracias a mi familia y amigos por estar ahí siempre y ayudarme, y animarme, a sacar adelante este trabajo. Todo esto no sería posible sin vosotros.

Gracias a mi compañero de vida y de profesión, Manuel, por la ayuda, los ánimos y las risas, imprescindibles en toda esta etapa. Gracias por sacar siempre lo mejor de mí y cogerme de la mano para juntos volar bien alto.

Y, por supuesto, gracias a mis hijos, Manuel y Matías, por enseñarme a apreciar las pequeñas cosas de la vida recordándome a diario la importancia de disfrutar del camino.

Resumen

La evaluación de la calidad asistencial y, dentro de ella, como indicador clave a que prestar especial atención, la satisfacción del paciente se han considerado elementos prioritarios en los últimos años en el campo de la Podología. Sin embargo, las aportaciones y los estudios sobre la evaluación de la calidad asistencial podológica han sido mínimos.

La Clínica Universitaria de Podología (CUP) de la Universidad de A Coruña es un centro docente y asistencial que necesita garantizar la calidad de los servicios que ofrece, en beneficio tanto de sus usuarios como de las actividades docentes correspondientes al Grado en Podología.

Así, el objetivo de esta investigación se centra en la evaluación de la calidad asistencial de la CUP, y, más en concreto, en la satisfacción de sus pacientes. Para analizar dichos fenómenos, se ha llevado a cabo un estudio convergente de método mixto (*mixed methods*), dirigido a explotar la complementariedad existente entre las metodologías cuantitativa y cualitativa.

Los resultados de la investigación han permitido establecer un cuestionario válido y fiable. Así mismo, se ha averiguado que el nivel de satisfacción de los pacientes de la CUP con la atención recibida es bueno. Destaca que el trato y los aspectos clínicos son los elementos descritos como más satisfactorios. Por el contrario, los tiempos de espera para primera consulta, los trámites de citas de seguimiento y el acceso representan los aspectos peor valorados. En general, las personas mayores han mostrado unos niveles de satisfacción superiores en comparación con los restantes grupos de edad.

Finalmente, se discuten los resultados y se presentan diferentes propuestas de intervención para mejorar la calidad asistencial en la CUP, de acuerdo con los resultados del estudio.

Resumo

A avaliación da calidade asistencial e, dentro dela, como indicador clave a que prestar especial atención, a satisfacción do paciente están a considerarse elementos prioritarios nos últimos anos no campo da Podoloxía. No entanto, as achegas e os estudos sobre a avaliación da calidade asistencial podolóxica son mínimos.

A Clínica Universitaria de Podoloxía (CUP) da Universidad da Coruña é un centro docente e asistencial que necesita garantir a calidade dos servizos que ofrece, en beneficio tanto dos seus usuarios como das actividades docentes correspondentes ao Grao en Podoloxía.

Así, o obxectivo desta investigación céntrase na avaliación da calidade asistencial da CUP, e, máis en concreto, na satisfacción dos seus pacientes. Para analizar os devanditos fenómenos, levouse a cabo un estudo converxente de método mixto (*mixed methods*), dirixido a explotar a complementariedade existente entre as metodoloxías cuantitativa e cualitativa.

Os resultados da investigación permitiron establecer un cuestionario válido e fiable. Así mesmo, pescudouse que o nivel de satisfacción dos pacientes da CUP coa atención recibida é bo. Salienta que o trato e os aspectos clínicos son os elementos descritos como máis satisfactorios. Pola contra, os tempos de espera para primeira consulta, os trámites de citas de seguimento e o acceso representan os aspectos peor valorados. En xeral, as persoas maiores amosaron uns niveis de satisfacción superiores en comparación cos restantes grupos de idade.

Finalmente, discútnense os resultados e preséntanse diferentes propostas de intervención para mellorar a calidade asistencial na CUP, de acordo cos resultados do estudo.

Abstract

The evaluation of the quality of care and, within it, as a key indicator to pay special attention, patient satisfaction have been considered priority elements in recent years in the field of Podiatry. However, the contributions and studies on the evaluation of podiatric care quality have been minimal.

The University Clinic of Podiatry (CUP) of the University of A Coruña is a teaching and assistance center that needs to guarantee the quality of the services it offers, for the benefit of both its users and the teaching activities corresponding to the Degree in Podiatry.

Thus, the objective of this research focuses on the evaluation of the quality of care of the CUP, and, more specifically, the satisfaction of their patients. To analyze these phenomena, a convergent study of mixed methods has been carried out, aimed at exploiting the complementarity between quantitative and qualitative methodologies.

The results of the research have allowed to establish a valid and reliable questionnaire. Likewise, it has been ascertained that the level of satisfaction of CUP patients with the care received is good. It emphasizes that the relationship and the clinical aspects are the elements described as more satisfactory. On the contrary, the waiting times for the first consultation, the procedures for follow-up appointments and access represent the worst-rated aspects. In general, older people have shown higher levels of satisfaction compared to the other age groups.

Finally, the results are discussed and different intervention proposals are presented to improve the quality of care in the CUP, according to the results of the study.

Índice de contenidos

1. Capítulo 1. Estado del arte	1
1.1. Calidad asistencial.....	3
1.1.1 Concepto de calidad y calidad asistencial.....	3
1.1.2 Orígenes de la calidad asistencial	6
1.1.3 Componentes de la calidad asistencial.....	8
1.1.4 Gestión de la calidad asistencial.	12
1.1.5 Evaluación de la calidad asistencial	15
1.2 Satisfacción del paciente	23
1.2.1 Orientación al paciente en sanidad.	23
1.2.2 Definición de satisfacción del paciente.	24
1.2.3 Enfoque de la satisfacción del paciente.	27
1.2.4 Diferencias entre calidad percibida y satisfacción.....	29
1.2.5 Medida de la satisfacción del paciente.....	30
1.2.6 Instrumentos de medida de la satisfacción del paciente.	33
1.2.7 Determinantes de la satisfacción del paciente.....	36
1.3 Calidad asistencial en Podología	44
1.3.1 La evaluación de la calidad asistencial informada por el paciente en el ámbito podológico.	44
1.3.2 El estudio de la satisfacción del paciente en Podología	45
1.3.3 La profesión podológica y los estudios de Podología.	49
1.3.4 La Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña	52
2. Capítulo 2. Justificación	59
3. Capítulo 3. Objetivos.....	63
3.1 Objetivos del estudio	65
3.1.1 Objetivo general	65
3.1.2 Objetivos específicos de la fase cuantitativa	65
3.1.3 Objetivos específicos de la fase cualitativa	65
3.2 Posición de la investigadora	67
4. Capítulo 4. Metodología	69
4.1 Diseño y procedimiento de la fase cuantitativa.	71
4.1.1 Justificación del tamaño muestral	72
4.1.2 Instrumentos de medida	74
4.1.3 Técnicas de análisis de datos utilizadas	74

4.2	Diseño y procedimiento de la fase cualitativa	75
4.2.1	Muestra	75
4.2.2	Herramientas de recogida de datos	76
4.2.3	Análisis cualitativo	77
4.2.4	Rigor metodológico cualitativo.....	77
4.3	Aspectos éticos y legales	79
5.	Capítulo 5. Resultados de la investigación	81
5.1	Análisis cuantitativo de los datos	83
5.1.1	Descripción de la muestra	83
5.1.2	Nivel de satisfacción de los pacientes de la CUP.	86
5.1.3	Características y propiedades métricas del cuestionario	88
5.1.4	Factores de la satisfacción del paciente y su relación con la misma.	93
5.2	Análisis cualitativo de los datos.....	112
5.2.1	Descripción de la muestra	112
5.2.2	Satisfacción percibida por los pacientes de la CUP de la UDC y factores condicionantes.	114
5.2.3	Informe de auditoría profesional.....	140
6.	Capítulo 6. Discusión.....	147
6.1	Características y propiedades métricas del cuestionario.....	149
6.1.1	Validez del cuestionario.....	149
6.1.2	Fiabilidad del cuestionario.....	153
6.2	Satisfacción de la atención y su relación con las características sociodemográficas	154
6.3	Determinantes de la satisfacción del paciente de la CUP	158
6.3.1	Trato	158
6.3.2	Trámites.....	160
6.3.3	Aspectos clínicos.....	161
6.3.4	Infraestructuras	165
6.3.5	Tiempos	166
6.3.6	Accesos	168
6.3.7	Características del centro	169
6.3.8	Experiencia clínica	171
6.4	Satisfacción con la atención y su relación con el servicio	171
6.5	Áreas de mejora en la gestión y calidad de los servicios de la CUP de la UDC.....	174

6.6	Limitaciones y futuras líneas de investigación	181
7.	Capítulo 7. Conclusiones	185
8.	Capítulo 8. Bibliografía.....	189
Anexos	203

Índice de tablas, figuras y abreviaturas

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial.....</i>	<i>5</i>
<i>Tabla 2. Dimensiones de calidad asistencial.....</i>	<i>11</i>
<i>Tabla 3. Definiciones de satisfacción del paciente.....</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 4. Necesidades del paciente.....</i>	<i>28</i>
<i>Tabla 5. Características de la medida de la satisfacción del paciente</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 6. Determinantes de satisfacción del paciente</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 7. Codificación de entrevistas</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 8. Características sociodemográficas de la muestra.....</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 9. Matriz de cargas factoriales del Cuestionario para evaluar la calidad asistencial</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 10. Comparativa de factores e items entre el estudio original y los resultados de la investigación</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 11. Matriz de correlaciones entre factores</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 12. Análisis descriptivo para el cuestionario</i>	<i>93</i>
<i>Tabla 13. Factores relacionados con la satisfacción del paciente de la CUP</i>	<i>95</i>
<i>Tabla 14. Aspectos relacionados con la satisfacción del paciente por orden de valoración</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 15. Análisis de las medias obtenidas en relación al sexo</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 16. Prueba T para la variable sexo.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 17. Análisis de las medias obtenidas en relación a la edad</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 18. Análisis de la varianza (ANOVA) para la variable edad.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 19. Comparaciones múltiples (contraste de Bonferroni) para la variable edad.....</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 20. Análisis de las medias obtenidas en relación al servicio.</i>	<i>104</i>
<i>Tabla 21. Prueba T para la variable servicio.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabla 22. Análisis de las medias obtenidas en relación a la situación laboral.....</i>	<i>107</i>
<i>Tabla 23. Análisis de la varianza (ANOVA) para la variable situación laboral.....</i>	<i>108</i>
<i>Tabla 24. Descripción de la muestra de la fase cualitativa.....</i>	<i>113</i>

<i>Tabla 25. Eje analítico: Satisfacción del paciente de la CUP.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabla 26. Áreas de mejora en la gestión y calidad de los servicios de la CUP.....</i>	<i>175</i>

Índice de figuras

<i>Figura 1. Ciclo de Deming.....</i>	<i>13</i>
<i>Figura 2. Criterios a evaluar del modelo EFQM</i>	<i>19</i>
<i>Figura 3. Plano de la Clínica Universitaria de Podología.....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 4. Distribución por sexo para el total de la muestra.</i>	<i>84</i>
<i>Figura 5. Distribución por nivel de estudios para el total de la muestra.....</i>	<i>84</i>
<i>Figura 6. Distribución por actividad para el total de la muestra.</i>	<i>85</i>
<i>Figura 7. Distribución por lugar de residencia para el total de la muestra.....</i>	<i>85</i>
<i>Figura 8. Distribución por servicio para el total de la muestra.</i>	<i>86</i>
<i>Figura 9. Nivel de satisfacción para el total de la muestra.</i>	<i>87</i>
<i>Figura 10. Calidad de la atención para el total de la muestra.....</i>	<i>87</i>
<i>Figura 11. Grado de recomendación para el total de la muestra.</i>	<i>88</i>
<i>Figura 12. Puntuaciones medias de satisfacción para el total de la muestra.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 13. Distribución de las observaciones para cada uno de los factores.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 14. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación al sexo.....</i>	<i>100</i>
<i>Figura 15. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación a la edad. .</i>	<i>101</i>
<i>Figura 16. Distribución de las observaciones para los factores Infraestructura y Acceso en relación a la edad.</i>	<i>103</i>
<i>Figura 17. Distribución de las observaciones para cada uno de los factores en relación al servicio.</i>	<i>104</i>
<i>Figura 18. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación al servicio.</i>	<i>105</i>
<i>Figura 19. Distribución de las observaciones para cada uno de los factores en relación a la situación laboral.....</i>	<i>108</i>
<i>Figura 20. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación a la situación laboral.....</i>	<i>109</i>
<i>Figura 21. Distribución de las observaciones para el factor Infraestructura en relación a la situación laboral.....</i>	<i>110</i>

<i>Figura 22. Distribución de las observaciones para el factor Tiempos en relación a la situación</i> <i>laboral.....</i>	<i>110</i>
<i>Figura 23. Mapa conceptual. Eje analítico</i>	<i>139</i>

Abreviaturas

ISO. *International Organization for Standardization*

CA. Calidad asistencial

IOM. *Institute of Medicine*

JCAH. *Joint Commission on Accreditation of Hospital*

EFQM. *European Foundation for Quality Management*

STFP. Satisfacción del paciente

PROM. *Patient reported outcomes measure*

SERVQUAL. *Service Quality*

SERVPERF. *Service-Performance*

SERVQHOS. *Service Quality Hospital*

AOFAS. *American Orthopaedic Foot & Ankle Society*

FFI. *Foot Function Index*

PASCOM. *Podiatric audit of surgery and clinical outcome measurement*

PSQ-10. *Patient Satisfaction Questionnaire*

CSQ-8. *Client Satisfaction Questionnaire*

ATS. Ayudante Técnico Sanitario

ECTS. *European Credit Transfer and Accumulation System*

UDC. Universidad de A Coruña

CUP. Clínica Universitaria de Podología

SERGAS. Servicio Galego de Saúde

DC. Diario de campo

Cód. Código

POD. Plan de organización docente

1. CAPÍTULO 1. ESTADO DEL ARTE

1.1. Calidad asistencial.

La evaluación de la calidad constituye en el momento actual un elemento imprescindible en el funcionamiento de cualquier institución, sistema o empresa. El control de la calidad en la industria ha empujado al ámbito sanitario a incorporar progresivamente la calidad dentro de su desarrollo metodológico y operativo. Uno de los componentes más importantes, que ha introducido el modelo industrial en el enfoque tradicional de la calidad en el ámbito sanitario, ha sido la necesidad de incluir al usuario o paciente y su participación como un elemento central en el buen funcionamiento del sistema de salud ¹.

1.1.1 Concepto de calidad y calidad asistencial.

Ya sea por ética y compromiso profesional, por preocupación por el bienestar o por la necesidad de prestar una respuesta efectiva y eficiente a la sociedad, la calidad en la asistencia sanitaria conforma, indudablemente, una constante preocupación para todos los sujetos implicados en el proceso asistencial (pacientes, profesionales sanitarios, gestores sanitarios...). A pesar de ello, a la hora de definir la calidad en la asistencia sanitaria, es importante señalar que no existe un único concepto ².

LA CALIDAD

La Real Academia Española define calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” y/o “la adecuación de un producto o servicio a las características especificadas”³. Estas definiciones establecen dos elementos importantes. El primero, la necesidad de juzgar un valor, de evaluar o de medir. Y el segundo, la necesidad de cumplir unos objetivos o adecuarse a unas características⁴. Por lo tanto, resulta necesario conocer las propiedades o características específicas a alcanzar, que determinarán si aquello que se desea evaluar cuenta con los mínimos requisitos necesarios para considerarlo de calidad.

En la búsqueda de la definición de calidad, ostentan un lugar destacado los siguientes autores y organismos; pioneros y máximos referentes del concepto de calidad^{5,6}:

- **Juran**, padre del control de la calidad en los años 50, define calidad como la “Idoneidad o aptitud para el uso” ⁷.

- **Crosby** consideraba que en calidad es necesario definir previamente los requisitos para considerar si un producto o servicio es de calidad, y la definió como “Cumplimiento de unas especificaciones o la conformidad de requisitos”⁶.
- **Ishikawa** afirma que " Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio, que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario". En su definición introduce el término de eficiencia del producto o servicio, y engloba al consumidor, considerando que ha de ser éste el que defina los requisitos de calidad⁸.
- **Deming** implanta los conceptos de disminución de la variabilidad y de eficiencia, definiendo calidad como “Grado perceptible de uniformidad y fiabilidad, a bajo coste y adecuado a las necesidades del cliente”. Deming fue, junto a Juran e Ishikawa, uno de los pioneros de las teorías del control de la calidad en las empresas japonesas, que posteriormente se introducen en los años setenta en Estados Unidos⁹.
- **La norma ISO** (*International Organization for Standardization*) 9000 define calidad como: “Grado en que un conjunto de características inherentes cumple los requisitos”¹⁰.

LA CALIDAD ASISTENCIAL

La definición de calidad en el sector sanitario podría tener múltiples descripciones en función del contexto (población, asistencia concreta, áreas sanitarias, ...) y de las personas implicadas (pacientes, profesionales sanitarios, gestores sanitarios o responsables políticos)^{2,11}. Los puntos de vista de los diferentes grupos no resultan a menudo similares. Es inevitable que cada uno de los grupos implicados incida en diferentes aspectos a la hora de abordar la evaluación y la mejora de la calidad. De este modo, los profesionales sanitarios se preocupan, desde una perspectiva individual, de hacer lo correcto de la forma más adecuada posible, contando con los medios científico técnicos necesarios. Los pacientes, también desde su perspectiva individual, exigen además de una buena competencia técnica un buen trato interpersonal. Por su parte, los gestores sanitarios deben de tener en cuenta la eficiencia del servicio, mientras que las administraciones y organizaciones sanitarias, desde una perspectiva comunitaria, buscarán un bien común para la sociedad^{2,5}.

Avedis Donabedian es el referente más destacado en las aportaciones al concepto de calidad asistencial (CA). Según Donabedian¹², “las distintas definiciones pueden ser aceptables dependiendo

del propósito de su utilización, así como de la naturaleza y el alcance de las responsabilidades de la persona que la defina”.

Algunas de las definiciones de CA más citadas en la literatura científica se recogen en la Tabla 1¹³.

Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial	
Avedis Donabedian ¹⁴ (1980)	“Modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperadas en todas las fases del proceso asistencial”.
American Medical Association ¹⁵ (1986)	“...cuidado que contribuye consistentemente a la mejora o mantenimiento de calidad y / o duración de la vida”
Institute of Medicine (IOM) ¹⁶ (1990)	“La calidad de la atención es el grado en que los servicios asistenciales aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados, para individuos y poblaciones, y en concordancia con el conocimiento profesional actual”
Organización Mundial de la Salud ¹⁷ (2000)	“La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico. Y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”
Consejo de Europa ¹⁸ (1998)	“Grado por el que el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual”.

A pesar de ello, tal y como indica Aranaz ², podemos considerar que la CA podría ser la suma de:

- Ofrecer una asistencia sanitaria acorde al conocimiento científico actual.
- Conseguir que la atención satisfaga las necesidades de los pacientes.

- Prestar la asistencia de la forma más adecuada posible considerando la capacitación y los medios de los que se dispone en la actualidad.

En resumen, englobar en la asistencia sanitaria los estándares establecidos por la comunidad científica, profesionales, pacientes y sociedad.

Para Donabedian¹², debemos comenzar definiendo la CA como “una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. De esto se desprende que una evaluación de la calidad representa un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así, en qué medida. Lo que resulta más complejo es determinar la identidad del atributo o los atributos que constituyen la calidad”.

1.1.2 Orígenes de la calidad asistencial

La preocupación por la calidad es tan antigua como la propia historia de la práctica clínica. Si bien es cierto que desde la segunda mitad del siglo XX comienza a desarrollarse el control de la calidad en el ámbito industrial, lo que conlleva a que ciertos enfoques y modelos teóricos desarrollados en el sector servicios se incorporen paulatinamente a la práctica clínica^{2,5}.

Desde la antigüedad existen ya muestras de la preocupación de la calidad en la asistencia sanitaria. El código de Hammurabi, datado del 2000 a. C., recogía 10 normas y 282 reglas sobre el ejercicio de la medicina e incluía los castigos y multas por la mala praxis. Por su parte, en el Juramento Hipocrático (500 a.C.) se establecen las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos².

En la edad moderna, Semmelweis (1818-1865), médico húngaro especialista en partos, consiguió reducir la tasa de mortalidad de las mujeres que daban a luz en aquella época. Durante su trabajo en el Hospital de Viena, detectó una diferencia significativa en la tasa de mortalidad en las dos unidades obstétricas existentes en el hospital. Una de ellas, con una tasa de mortalidad del 15%, era atendida por médicos y estudiantes de medicina. La otra, atendida por parteras y estudiantes de partería, presentaba una tasa de mortalidad del 3%. Después de estudiar las posibles causas que podían estar detrás de estas diferencias, detectó que los médicos accedían desde la sala de autopsias a la sala de partos después de un simple lavado de manos con agua y jabón. Como medida de mejora propuso incluir en el lavado el cloruro cálcico. Al año siguiente la tasa de mortalidad era del 1,2% y 1,3% en ambas unidades⁵.

En esta misma época destaca Florence Nightingale (1820-1910), enfermera de profesión, que consiguió con su labor y su lucha reducir la tasa de mortalidad de varios hospitales con la aplicación de acciones de mejora basadas en medidas higiénicas y de mejora de los cuidados y condiciones sanitarias. Así, en el *Barrack Hospital* durante la guerra de Crimea (1854), cuando ella y sus enfermeras llegaron al hospital la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados alcanzaba tasas del 40%. Después de 6 meses de aplicar las acciones de mejora señaladas, esta tasa se redujo drásticamente hasta el 2%^{2,5}.

A principios del siglo XX, Abraham Flexner (1866-1959), luchó por la calidad de la enseñanza en el ámbito sanitario. En 1910 denunció la baja calidad de la docencia de medicina en los E.E.U.U. Su informe causó el cierre de 60 de las 155 facultades de medicina americanas en 1920. Desde ese momento, se modificó el programa docente y se endurecieron los requisitos de admisión⁵.

Ernest Codman (1869-1940), cirujano del *Massachusetts General Hospital*, a principios del siglo XX, sentó las bases de la certificación de los médicos y la acreditación de hospitales. Codman estudió las tasas de mortalidad en los procesos quirúrgicos y defendió la necesidad de efectuar un seguimiento de los pacientes para medir los resultados y modificar los posibles errores. Posteriormente, fue encargado de elaborar el Programa de Estandarización de Hospitales (1918). En dicho programa, tan sólo superaron la evaluación 90 de los 692 hospitales en la primera revisión de su calidad. Después de establecer acciones de mejora, ya en 1950 conseguirían aprobar el 94% de los hospitales evaluados¹⁹.

Ante la expansión del crecimiento del programa de acreditación de hospitales, en 1952, la *American College of Surgeons* se une a otras asociaciones profesionales para dar origen a la *Joint Commission on Accreditation of Hospital* (JCAH)⁵.

En 1965, la creación de diferentes programas federales de atención sanitaria establece la necesidad de la acreditación de los centros para poder prestar asistencia dentro de estos programas. De este modo, la acreditación pasa de ser fundamentalmente un elemento de prestigio institucional a convertirse en un elemento primordial para la financiación de los centros asistenciales. Poco a poco, estos programas de calidad son trasladados a la profesión enfermera y a los centros de atención primaria y ambulatoria. La JCAH comienza a ocuparse de todas las organizaciones sanitarias y pasa a denominarse *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* (JCAHO)².

A mediados del siglo XX, Avedis Donabedian (1919-2000), autor fundamental en el estudio de la calidad en el ámbito sanitario, conceptualizó y sistematizó la evaluación de la CA, distinguiendo tres

de sus elementos constitutivos básicos: estructura, proceso y resultado. Además, estableció los principios para el futuro desarrollo metodológico y de investigación en los años siguientes¹⁹.

A finales del siglo XX, poco a poco, el desarrollo de los modelos de calidad utilizados en la industria se fue trasladando y aplicando con éxito al contexto de la atención sanitaria.

Dentro de este apartado son importantes las aportaciones de autores como Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, y de expertos japoneses como Taguchi e Ishikawa. Estos autores desarrollan el modelo de Mejora Continua en la calidad, enfatizan la importancia de conocer la satisfacción de los usuarios, incorporando los métodos estadísticos necesarios, y ponen de manifiesto la necesidad de involucrar a todos los integrantes de dicha organización^{2,5}.

A partir de esa época se comienza a centrar el foco de Mejora Continua en el cliente y surge la preocupación por la variabilidad de la atención sanitaria, elaborando guías de práctica clínica para su aplicación a la práctica asistencial.

Con seguridad, el elemento más importante que se ha incorporado en los últimos años ha sido el cambio del papel del paciente dentro del sistema sanitario. El cliente es el centro de atención de cualquier organización y el objetivo de cualquier programa de calidad. Análogamente los pacientes o usuarios del siglo XXI son cada vez más exigentes, conocedores de sus necesidades, perfectamente informados y conscientes de sus derechos^{11,20}.

1.1.3 Componentes de la calidad asistencial

A falta de un concepto único y universalmente aceptado de CA, varios autores y organizaciones han centrado su atención en el análisis de su contenido. De esta forma, como señalan Villegas y Rosa¹¹ “la calidad se concibe como un fenómeno multifacético, que incluye componentes susceptibles de ser medidos y capaces de ser definidos”.

Para Donabedian²¹, los componentes de la asistencia sanitaria que mantienen un nexo de unión, y forman los determinantes de la CA son: los aspectos técnico-científicos, la relación interpersonal y otros elementos del entorno¹¹:

1. La **actuación científico-técnica** integra los aspectos vinculados con el diagnóstico y tratamiento adecuado; por tanto, necesita del conocimiento, destreza y juicio de los profesionales sanitarios para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas¹¹.

2. La **relación interpersonal** se refiere a la interacción entre el paciente y el personal sanitario en términos de comportamientos afectivos y comunicación. Presenta un gran interés en la evaluación de la CA debido a que¹¹ :
 - a. Por un lado, es de gran importancia en el proceso asistencial. A través del trato interpersonal el paciente proporciona la información necesaria para determinar un diagnóstico y, además, trasmite sus preferencias para que el clínico pueda seleccionar los métodos de asistencia más apropiados. El profesional sanitario a su vez, proporciona al paciente toda la información necesaria sobre su salud y, al mismo tiempo, lo motiva para una participación activa en la asistencia y tratamiento¹¹.
 - b. Por otro lado, recoge el punto de vista de los pacientes en la asistencia sanitaria y permite conocer los factores que para ellos determinan un buen servicio. La discreción, la elección informada de tratamiento, el cuidado, el tacto, el trato, la confianza, la empatía y el respeto e información a sus familiares son algunos de ellos¹¹.
3. El **entorno** o las comodidades de la asistencia se entienden como las cualidades deseables de los centros de asistencia. El entorno contiene elementos como el grado de confort, la tranquilidad, la intimidad, el sistema de información, etc.¹¹ .

Los distintos autores que han estudiado los atributos de la CA coinciden con Donabedian en muchos de ellos. Pero, con el tiempo, se ha identificado también una cuarta dimensión que refleja los aspectos administrativos de la prestación del servicio. Así, los distintos autores²²⁻²⁷ , sugieren que las percepciones de la CA comprenden cuatro dimensiones principales: la calidad técnica, la calidad interpersonal o funcional, la calidad del medio ambiente o entorno y la calidad administrativa²⁸ .

Algunos autores han creado niveles jerárquicos diferenciando entre dimensiones primarias y subdimensiones²⁸ . No obstante, la comparación no puede hacerse de forma totalmente directa y el contenido que los diversos autores asignan a una misma dimensión no siempre es el mismo^{2,20} .

De una forma más específica, Donabedian ²⁹ define siete pilares sobre los que se sostiene la CA: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

La Tabla 2 ³⁰ muestra una comparativa de los atributos de la CA recogidos por los diferentes autores.

Las dimensiones más frecuentemente citadas en la bibliografía son efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, oportunidad, continuidad y experiencia asistencial o satisfacción del paciente ³⁰.

Varo³¹ define algunas de estas dimensiones de la asistencia sanitaria de la siguiente manera:

- **Efectividad:** “Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud”.
- **Eficiencia:** “Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción”.
- **Seguridad:** “Balance positivo de la relación beneficio-riesgo”.
- **Adecuación:** “Relación entre la disponibilidad de un servicio y las necesidades de la población”.
- **Competencia profesional:** “Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios”.
- **Calidad científico-técnica:** “Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médica, disponible en la actualidad”.
- **Aceptabilidad:** “Dentro de esta se engloban dos dimensiones; la satisfacción del paciente o grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma y, la cooperación del paciente o grado de cumplimiento con el plan de atención”.
- **Disponibilidad:** “Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo”.
- **Accesibilidad:** “Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales”.
- **Continuidad:** “Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones”.

En resumen, el concepto de CA responde a la interacción de un conjunto de dimensiones fundamentales de distinta naturaleza: científico-técnicas, interpersonales, ambientales y administrativas. Como señala Villegas y Rosa ¹¹, “esta definición variará en función del peso y del enfoque que le den los distintos sujetos implicados a cada una de las dimensiones”.

Tabla 2. Dimensiones de calidad asistencial							
Palmer(1983)	Donabedian(1988)	Nutting et al. (1990) in Saturno	Maxwell(1992)	Consejo de Europa(1998)	National Health Service (1997)	JCAH(1999)	IOM (2001)
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad
Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia	Eficiencia
Acceso	Acceso	Distribución de la asistencia/integridad	Acceso	Acceso	Acceso justo	Acceso	-
Competencia técnica	Mejora de la salud	Competencia técnica	Competencia técnica	Eficacia	Mejora de la salud	-	-
-	Equidad	-	Equidad	-	-	-	Equidad
-	Adecuación	-	Adecuación	Adecuación	-	Adecuación	-
Aceptabilidad/satisfacción	-	-	Aceptabilidad	Aceptabilidad	-	Disponibilidad	-
-	Seguridad	-	Respeto	Seguridad	-	Seguridad	Respeto/Seguridad
-	-	-	-	-	Oportunidad	Oportunidad	Oportunidad
-			Elección/Disponibilidad de información	Satisfacción del paciente	Paciente/Experiencia asistencial	-	Receptividad centrada en el paciente
-	-	Continuidad/coordinación	-	-	-	-	Continuidad
-	-	-	Relevancia	Evaluación	-	Prevención/ Detección precoz	-
Recuperado de Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005 ³⁰							

1.1.4 Gestión de la calidad asistencial.

Tal y como explica Aranz², “en la sociedad actual existe una constante demanda de la calidad. Todos sabemos que, a la hora de elegir productos o servicios, la variable calidad juega un papel muy importante en el momento de tomar nuestra decisión. En el ámbito sanitario se pueden encontrar múltiples situaciones de prestación de servicios a los usuarios y todos desearían tener las máximas y totales garantías de que todo estuviera bajo control, sin estar sujetos a ningún riesgo innecesario y evitable”.

Así, surge la necesidad de que todas las organizaciones cuenten con un sistema de gestión de la calidad, de tal forma que se pueda planificar, desarrollar y controlar todas las actividades relacionadas con la misma².

El planteamiento de la gestión de la calidad ha experimentado una gran evolución desde sus inicios, a principios del siglo XX, hasta la actualidad. La búsqueda de mejora de la calidad ha generado una gran cantidad de iniciativas con el objetivo de aumentar la productividad y disminuir los errores. Así, la gestión de la calidad se ha ido modificando con el tiempo, pasando desde una simple inspección al Control de la Calidad (*Quality Control*), posteriormente a la Garantía de la Calidad (*Quality Assurance*) y, por último, a la gestión de la Calidad Total (*Total Quality Management, TQM*)⁵:

1. **Control de la Calidad.** En la búsqueda de la mejora de la calidad de un producto o servicio se comenzó evaluando exclusivamente el resultado final. De este modo se comprobaba la conformidad del producto o servicio, a través de una inspección, con respecto a lo indicado en sus especificaciones. Se buscaban las posibles causas de variabilidad o defectos en el resultado y se determinaba los métodos de corrección^{2,5}.
2. **Garantía de Calidad.** Poco a poco, se fue buscando el control de los procesos a través de la implantación de sistemas de Garantía de Calidad. De este modo, la búsqueda de la calidad se centró ya no solo en el resultado final, sino también en el proceso. Sin embargo, en este modelo los trabajadores todavía no eran implicados directamente en el diseño de los planes de mejora, solo se les formaba para su cumplimiento^{2,5}.
3. **Calidad Total.** Progresivamente, la calidad apareció incorporada a cada una de las fases del proceso, y lógicamente, esto pasaba por la necesidad de implicar a todo el personal. Desde esta nueva perspectiva se crea el concepto de Calidad Total. Este nuevo enfoque supone que el cliente externo (usuario) e interno (empleado) se constituye como el centro de la atención, y justifica la actividad de la empresa u organización. De este modo, deben ser las

necesidades y expectativas del cliente las que guíen las actividades de la organización, siendo la satisfacción del cliente un elemento irrenunciable ^{2,5} .

En las teorías o modelos explicativos que sustentan el proceso de la Calidad Total se encuentra el Ciclo de Mejora Continua, también llamado PDCA (del inglés *Plan Do Check Act*) o Ciclo de Deming. En la actualidad, este ciclo representa la base de cualquier sistema de calidad y está basado en un proceso circular que no tiene fin y sigue siempre una misma sistemática, llevada a cabo una y otra vez ^{2,20,30} .

El Ciclo de Mejora Continua consta de cuatro fases⁹ (Figura 1):



Figura 1. Ciclo de Deming WD⁹

1. **PLANIFICAR.** Esta fase implicaría definir los objetivos a lograr, describiendo la situación actual y las acciones de mejora para alcanzar los objetivos definidos, y estableciendo un plan de trabajo con todos los pasos a seguir.
2. **HACER.** Conlleva la implementación de las medidas definidas en el plan de trabajo, diseñado previamente; y documentando y controlando el proceso.
3. **VERIFICAR.** Implica comparar los resultados obtenidos con relación a los esperados. Deben además verificarse las acciones llevadas a cabo, para saber si corresponden con los objetivos previstos y el plan de trabajo diseñado.
4. **ACTUAR.** De acuerdo con los resultados obtenidos en la fase de verificación, se deben incluir los ajustes y replantear las acciones para lograr los beneficios esperados. Si se alcanzan los

resultados, los procedimientos deben ser estandarizados y sistematizados con la finalidad de asegurar su mantenimiento. En este momento, el ciclo volvería a empezar.

Batalden y Stoltz³², basándose en el modelo de Deming⁹, describen los pasos a seguir para aplicar el Ciclo de Mejora Continua dentro del contexto específico de la atención sanitaria. Afirman que “la mejora en el cuidado de la salud es el resultado de avances en el conocimiento profesional, concepto que incorpora el conocimiento del tema y la disciplina, como los valores profesionales”. El conjunto de conocimientos (conocimiento mejorado) hace posible la mejora de la atención médica:

- Primero, es fundamental el conocimiento profundo de los diversos elementos del sistema y su interrelación. Para ello es necesario comprender a fondo los elementos esenciales: lo que se hace o produce (servicios creados), cómo se producen esos servicios (procesos), para quién se producen (pacientes) y quién contribuye a que se produzcan (proveedores sanitarios).
- Segundo, es imprescindible el conocimiento de la variación. La variación estará inevitablemente presente en los servicios, en los procesos y en las personas. Por ello, si se desea obtener una Mejora Continua de la CA, se hace necesario evaluar la variación de resultados a lo largo del tiempo.
- Tercero, el conocimiento de la psicología (en particular, la psicología del trabajo y las organizaciones y la psicología del cambio) también servirá de ayuda. Los clínicos y el personal sanitario se involucran más en la mejora de la calidad si asumen un papel de liderazgo y participan de forma activa en las tareas de mejora.
- Y, por último, se hace necesario la aplicación de la teoría del conocimiento. Cuando se vincula teoría y acción, se puede aprender a la vez que construir conocimiento. Los profesionales sanitarios aplican esta teoría diariamente en su práctica clínica. Se define un problema o diagnóstico, se establece un plan (PLANIFICAR), se implanta un procedimiento terapéutico (HACER), se anticipa una respuesta dentro de un cierto margen de tiempo y posteriormente se evalúan los resultados (VERIFICAR), determinando si se hacen necesarias otras acciones (ACTUAR). A partir de ese momento el clínico ha adquirido nuevos conocimientos para manejar al paciente y con ello mejorar la CA³²⁻³⁴.

Es esencial para construir y aplicar este enfoque a la práctica asistencial una política de liderazgo que fomenta el compromiso y colaboración de todos los miembros de la organización sanitaria y,

promueva el aprendizaje, el uso de las herramientas y los métodos que permitan construir nuevos conocimientos, logrando cambios en el sistema de trabajo diario. Todo ello debe hacerse desarrollando estrategias sistemáticas que ordenen la integración de esos nuevos conocimientos dentro de los procesos asistenciales³².

1.1.5 Evaluación de la calidad asistencial

La evaluación de la CA consiste en emitir un valor que representa el cómo se está desarrollando la atención sanitaria en relación a un nivel de referencia. Es decir, verificar si se están alcanzando los resultados que deberían alcanzarse en base a los recursos y los conocimientos actuales.

Además, tal y como indica Saturno¹, “el objetivo de las evaluaciones de la calidad es conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla. Es decir, una evaluación que ayude a diseñar las intervenciones factibles y realistas que conduzcan a elevar el nivel de calidad de la atención, optimizando los recursos de los que disponemos”.

1.1.5.1 Razones para evaluar la calidad asistencial

Los motivos principales que nos llevan a evaluar y alcanzar la calidad en la asistencia sanitaria son los siguientes^{2,20}:

- **Científico-técnicos.** Es fundamental conocer si se están alcanzando o no los resultados que se debería según los avances y conocimientos científicos actuales. Además, los constantes cambios tecnológicos obligan a evaluar su implantación y uso, certificando su idoneidad y disminuyendo los riesgos de su inserción a la práctica clínica.
- **Éticos.** Todos los ciudadanos tienen derecho al más alto nivel de salud que se pueda alcanzar y a la mejor atención sanitaria. Y todos los profesionales tienen el deber de actuar con calidad en su práctica asistencial.
- **Económicos.** Porque es necesario administrar apropiadamente los recursos de los que se dispone y conocer si el gasto generado en cualquier actuación sanitaria es el adecuado y necesario, tanto en la asistencia pública como privada.

1.1.5.2 Patrones de evaluación: criterios, indicadores y estándares.

Toda evaluación de calidad exige llevar a cabo comparaciones entre la situación actual y aquella que se considera adecuada, óptima o excelente. Esto conlleva la necesidad de establecer patrones, es decir, requisitos o condiciones que debe cumplir la práctica asistencial para considerarla de calidad. Estos patrones están constituidos por criterios, indicadores y estándares de la evaluación de la calidad^{35,36}.

- **Criterio.** El criterio alude al qué entendemos por calidad, es decir, la norma que debe cumplir la actividad asistencial para ser considerada de calidad. Representa por tanto el objetivo que en último término se pretende alcanzar. Este se puede cumplir o no cumplir y su grado de cumplimiento puede ser a su vez total o parcial^{35,36}. Por definición, un buen criterio debe ser claro, comprensible y fácilmente cuantificable, aceptado por la comunidad científica y desarrollado con la participación de los profesionales implicados².
- **Indicador.** El indicador corresponde al cómo evaluamos la calidad, y representa por tanto la forma de conocer si logramos o no el objetivo. Los indicadores son instrumentos de medida que indican, normalmente de forma numérica, el resultado de aplicar los criterios a la práctica asistencial evaluada. Resulta igualmente necesario que su definición sea muy clara, adaptada al contexto y no dé lugar a diferentes interpretaciones. Son ejemplos de indicadores frecuentemente utilizados a nivel sanitario la mortalidad, las infecciones nosocomiales, la administración de fármacos, úlceras por presión, ...^{35,36}
- **Estándar.** El estándar es el nivel de calidad que deseamos o rango aceptable de calidad. Es posible definirlo como el grado de cumplimiento exigible a un criterio o el valor mínimo aceptable. En general, se suelen distinguir dos niveles críticos; lo aceptable y lo óptimo. El estándar se deberá de establecer antes de comenzar la evaluación y se aconseja adoptar el nivel por porcentajes. Para ello debe adoptarse una expectativa realista en su cumplimiento y no fijando un estándar del cien por cien, excepto en casos de extrema gravedad^{35,36}.

Todo patrón de evaluación debería construirse sobre una base de conocimiento científicamente válida y razonable. De no ser posible, parece razonable fundamentarlo en la opinión más capacitada y mejor informada de la que se disponga sobre cualquier tema en particular. Las fuentes habituales para el establecimiento de los criterios y estándares son las normativas legales, los códigos

deontológicos y éticos, los protocolos, las conferencias de consenso, la literatura científica, la opinión o experiencia de profesionales expertos, la práctica prevalente, la práctica de profesionales o instituciones líderes o las guías de práctica clínica^{35,36}.

1.1.5.3 Enfoque y métodos de la evaluación de la calidad asistencial.

Tal y como se ha apuntado hasta el momento, en la evaluación de la CA se ha impuesto el modelo propuesto por Avedís Donabedian en 1966. Donabedian²¹ inició el trabajo de la evaluación de la calidad proponiendo abordarlo desde un enfoque tripartito de estructura, proceso y resultado, adaptado del proceso industrial de inversión-proceso-rendimiento:

- **Estructura.** La estructura engloba los recursos de los que disponen los centros asistenciales. Esto incluye los recursos materiales (equipamiento, financiación y facilidades), los recursos humanos (número y cualificación del personal sanitario) y la estructura organizativa (organización del equipo sanitario, métodos de control de la calidad, ...). Una buena estructura incrementa la posibilidad de desarrollar un buen proceso y alcanzar un buen resultado, pero la disponibilidad de medios o recursos *per se* no garantiza que la asistencia ofertada resulte de calidad²¹.

Por ello, no basta con la evaluación de la estructura, ya que la calidad depende además de la ejecución de los procesos y los resultados obtenidos.

- **Proceso.** El proceso es el conjunto de actividades que los profesionales llevan a cabo en la atención al paciente (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, ...), así como la interacción y la respuesta de éste a dicha atención. El proceso está más fuertemente ligado a los resultados, partiendo de la base de que si mejoramos el cómo se hacen las cosas se mejorarán los resultados asistenciales²¹.
- **Resultado.** La evaluación de los resultados constituye uno de los aspectos más valorados en la evaluación de la calidad. El resultado implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y su grado de satisfacción ante la atención recibida. El resultado debe entenderse incluyendo en la definición del estado de salud tanto las mejoras en el conocimiento del paciente como los cambios en su comportamiento sanitario²¹.

El enfoque de Donabedian (estructura, proceso y resultado) constituye uno de los pocos consensos aceptados dentro del estudio de la CA. Sin embargo, debe señalarse que los tres componentes no han sido analizados por igual. La evaluación de la calidad se ha centrado en un primer momento en la verificación de todos aquellos elementos relacionados con la estructura (el reconocimiento de títulos, la experiencia profesional, aprobación de medicamentos y dispositivos médicos, ...). Sin embargo, con el tiempo las medidas estructurales no fueron consideradas medidas suficientemente sólidas de CA y, poco a poco, el enfoque se fue trasladando además hacia la evaluación de los procesos y resultados^{30,37}.

Existe una amplia variedad de mecanismos internos y externos, con frecuencia voluntarios, que pueden ser usados por las organizaciones, instituciones o profesionales sanitarios con la finalidad de evaluar la CA en cada elemento del enfoque. Estos mecanismos incluyen programas de acreditación, revisión por pares (homólogos) o la participación en iniciativas europeas tales como el modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*)³⁸ o el sistema de normalización ISO³⁰.

Es importante definir y diferenciar el enfoque de la evaluación de la CA y los mecanismos a utilizar para alcanzar los objetivos. La situación ideal es llegar a incluir en el sistema de evaluación los tres elementos de estructura, proceso y resultado³⁹.

Los mecanismos utilizados a nivel sanitario difieren y varían de los utilizados en otras instituciones. A pesar de ello, existen dos modelos industriales que han sido aplicados también al sistema sanitario en la evaluación de su organización como la norma ISO³⁰ y el modelo EFQM³⁸.

Las normas ISO 9000³⁰ son un conjunto de normas basadas en un consenso internacional de las buenas prácticas en la gestión de la calidad de una empresa u organización. Estas proporcionan una guía para poder implantar un sistema de calidad y de Mejora Continua. Es de carácter voluntario y para poder demostrar ante otras organizaciones el cumplimiento de la misma las empresas se deben certificar a través de un organismo competente. No obstante, sus posibilidades de adaptación al sector sanitario han sido muy limitadas. Al haber sido diseñadas para su aplicación en el sector industrial, se hace difícil abordar aspectos importantes en la atención sanitaria como puede ser la relación interpersonal, ética, derechos de los pacientes, ... En este sentido, se han usado más en procedimientos de carácter administrativo (laboratorio, instalaciones radiológicas, transporte, ...) que en aquellos puramente clínicos, aunque también se ha aplicado a hospitales y clínicas⁴⁰.

Por su parte, el modelo EFQM³⁸ se basa en un modelo de autoevaluación interna, utilizado por instituciones/servicios en la búsqueda de la mejora de la calidad. Su objetivo es servir de base para conseguir que las organizaciones europeas sobresalgan por su excelencia.

Este modelo consta de nueve criterios a evaluar. Por un lado, se contemplan los criterios que tratan sobre lo que la organización hace (agentes facilitadores) y, por otro lado, los relacionados con lo que la organización logra (resultados) (ver Figura 2).



Figura 2. Criterios a evaluar del modelo EFQM. Tomado de Fundación Europea de Excelencia y Calidad³⁸.

La organización debe comparar sus resultados con el modelo EFQM para identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora².

Aunque, tal y como indica Aranaz² “la autoevaluación por sí sola no asegura la mejora continua y el verdadero reto reside en la instauración de acciones correctoras y la evaluación periódica de las mismas”.

Entre los mecanismos desarrollados en la atención sanitaria para la evaluación de la calidad se encuentran los programas de acreditación, la revisión por pares y otros sistemas de evaluación de resultados informados por el paciente³⁰.

La acreditación (de centros, de docencia, de servicios, ...) está muy ligada a la evaluación de la **estructura** y de la organización. Constituye un proceso de verificación formal por el cual un centro sanitario se somete a la evaluación por parte de un organismo externo oficial para reconocer si cumple con los criterios y estándares de calidad, previamente establecidos, para la realización de una actividad determinada. Para ello, la organización debe superar una auditoría con el propósito de

acreditar el cumplimiento de una serie de requisitos. Muchos de estos requisitos están relacionados con la estructura y los recursos ².

La evaluación de los **procesos** en sanidad se realiza habitualmente a través de la información recogida en las historias clínicas, los informes médicos, registros hospitalarios u otros. Un método de gran utilidad en la evaluación de los procesos asistenciales es la revisión por pares (*peer review*). Esta metodología se basa en una auditoría o inspección del centro sanitario llevada a cabo por profesionales sanitarios homólogos externos, basándose en estándares específicos de calidad de la actividad profesional. Este sistema se emplea desde hace años en países como Canadá, Reino Unido, Holanda o Bélgica, y constituye un método ideal para impulsar la Mejora Continua en las organizaciones sanitarias². En España, a pesar de haber sido usada en algunos ámbitos clínicos^{41,42} todavía no representa una práctica muy extendida en la evaluación de los procesos asistenciales. El hecho de que aún no se encuentre totalmente demostrada su utilidad sobre la mejora de los cuidados de los pacientes y que consuma significativamente más recursos (tiempo, dinero, ...) que otras metodologías, justifica su limitada implantación. Una metodología más aceptada ha sido el *audit* médico, en la que la evaluación la realizan los propios profesionales responsables de la asistencia, permitiendo compartir y comparar experiencias y conocimientos, además de buscar soluciones prácticas a los déficits que se detectan.

En la evaluación de **resultados**, los efectos sobre el estado de salud del paciente resultan a menudo difíciles de abordar. En primer lugar, porque la influencia de los servicios sanitarios sobre el estado de salud de las personas no es exclusiva y, en segundo lugar, porque en muchas ocasiones los resultados se hacen evidentes después de un periodo largo de tiempo y no pueden medirse cuando se necesita. Un ejemplo de medición de los efectos en el estado de salud como medida de resultados podría ser un estudio sobre la discapacidad, readaptación o calidad de vida una vez finalizado el proceso asistencial^{2,39}.

La investigación clínica ha utilizado tradicionalmente medidas de morbilidad y mortalidad para evaluar los resultados, ignorando la propia experiencia del paciente con la enfermedad o el proceso asistencial. La participación del paciente en la evaluación de los resultados se remonta a principios del siglo XX, desde que Ernest Codman defendió la importancia del seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente para conocer los resultados de salud (ver apartado 1.1.2 del capítulo 1). Desde entonces el uso de la evaluación de resultados a través de la información del paciente ha ido aumentando.

Con el cambio hacia la atención centrada en el paciente, los informes de pacientes y personas sobre la atención médica se consideran determinantes importantes para evaluar y mejorar la calidad de la asistencia⁴³.

Uno de los métodos más frecuentemente utilizado como medida de resultado del proceso asistencial ha sido el estudio de la satisfacción del paciente (STFP). Esta medida de resultado se ha extendido a nivel nacional e internacional como un indicador esencial en el estudio de la calidad de los servicios sanitarios. Cabe señalar que la STFP se ha estudiado y medido ampliamente como una construcción independiente y como un componente esencial de la calidad del resultado⁴⁴. Donabedian¹⁴, en 1980, identificó la importancia de la STFP y proporcionó gran parte de las bases para la investigación en esta área. En este sentido, las encuestas de satisfacción han sido el método más utilizado para conocer las percepciones de los pacientes de la asistencia sanitaria^{44,45}.

Además de la STFP se han ido desarrollando otros métodos de participación e información del usuario en la medida de la evaluación de la CA, haciendo necesario una clasificación y contextualización de los diversos enfoques y metodologías⁴³.

Saturno¹, en 1995, clasificó los diversos métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de los servicios de salud. Dentro de los métodos de participación requerida, es decir, la solicitada por el sistema, consideró que era importante diferenciar entre los que exploran percepciones subjetivas y aquellos que buscan datos objetivos sobre el servicio recibido. Entre los subjetivos se encuentran las encuestas de satisfacción, opinión y expectativas, así como otras técnicas cualitativas, que indagan sobre la valoración del proceso asistencial a través de la perspectiva del paciente. Dentro de la modalidad objetiva se recogen los informes de los usuarios (*patient's reports*). El informe del usuario busca información sobre si han ocurrido o no datos concretos dentro de la asistencia.

En la actualidad, el conjunto de métodos que miden los resultados de la atención orientados al paciente, para la mejora de la CA y la comparabilidad de los resultados, se han conceptualizado dentro del término PROM (*Patient Reported Outcomes Measures*), o medida de resultados informados por el paciente. Los síntomas, el funcionamiento, la percepción general de salud, el bienestar, la calidad de vida relacionada con la salud, la satisfacción del paciente, las preferencias, la adherencia al tratamiento y otros elementos de la atención médica y sus resultados se han definido dentro de este contexto. Sin embargo, existen controversias sobre la incorporación de los diferentes métodos al término PROM⁴³.

En este contexto, Klose et al ⁴³ han clasificado y contextualizado las diversas construcciones informadas por el paciente en cuatro categorías: preferencias, resultados, experiencias y satisfacción. Las preferencias informadas por el paciente (*Patient –and Person- Reported Preferences*; PRP) son declaraciones hechas por los pacientes con respecto a la conveniencia relativa de una variedad de experiencias de salud, opciones de tratamiento y estados de salud. Los resultados informados por el paciente (*Patient –and Person- Reported Outcomes*; PRO) se definen como las consecuencias del tratamiento o la asistencia sanitaria (síntomas, funcionamiento, bienestar o calidad de vida relacionada con la salud). Las experiencias informadas por el paciente (*Patient -and Person- Reported Experiences*; PRE) se consideran hechos objetivos de eventos que ocurren en relación con un individuo, de forma que en lugar de medir una evaluación de la experiencia se le pide al paciente un informe detallado sobre su experiencia (informe de usuario). Finalmente, la satisfacción informada por el paciente (*Patient –and Person- Reported Satisfaction*; PRS) es una evaluación subjetiva de la atención médica realizada por el paciente en función de experiencias y expectativas previas.

Es importante resaltar la importancia de que cada institución implante aquellos mecanismos que considere factibles y útiles en su contexto determinado, siempre con un rigor metodológico adecuado, y sin obviar ni renunciar a las demás metodologías de evaluación ¹.

En el siguiente apartado se profundiza en la definición y evaluación de la STFP como medida de evaluación de la CA.

1.2 Satisfacción del paciente

La STFP es un indicador frecuentemente utilizado para evaluar la calidad en los servicios sanitarios. Organizaciones nacionales e internacionales encargadas de la evaluación consideran la satisfacción como un indicador clave para el control de los resultados de calidad de los servicios sanitarios^{45,46}.

Los resultados de las encuestas de STFP permiten la identificación de problemas y de factores que necesitan mejorar en los servicios clínicos. Asimismo, permite a los responsables de la gestión sanitaria comprender las necesidades de los pacientes y, en consecuencia, elaborar planes estratégicos para conseguir servicios más eficaces y de mejor calidad⁴⁵.

Para una adecuada evaluación de la calidad de los servicios sanitarios no basta con medir las actuaciones de los profesionales sanitarios, sino que el rol de los pacientes y sus características son igualmente importantes⁴⁷. Como indica Hudak⁴⁸ “después de haber administrado el tratamiento “correcto”, es razonable que los clínicos también se esfuercen por satisfacer a sus pacientes”.

Por otra parte, una mayor STFP con los servicios de salud presenta la capacidad de modificar las intenciones de comportamiento de los mismos, tales como el cumplimiento o adherencia al tratamiento recomendado por el sanitario y a las citas de seguimiento, lo que a su vez contribuye a proporcionar mejores resultados de salud y la recomendación del servicio a otros pacientes^{45,48,49}.

1.2.1 Orientación al paciente en sanidad.

Desde los años 60 se viene considerando la opinión del paciente como un elemento indispensable en los planes de calidad de las instituciones sanitarias, pero no es hasta los años 90 cuando se produce el empuje definitivo en esta dirección².

Hasta ese momento, la calidad era evaluada fundamentalmente desde la perspectiva de los profesionales que, a partir de su experiencia y conocimientos, determinaban lo que era mejor para el paciente. A lo largo de estos años se ha ido produciendo un cambio en el sistema sanitario y en el modelo de atención, incorporando al paciente como elemento central de cualquier programa de evaluación y mejora de la calidad. De este modo, el paciente deja de ser un sujeto pasivo, para pasar a desarrollar una participación activa, y por tanto la calidad solo puede ser mejorada cuando los procesos asistenciales se diseñan con la intención de satisfacer sus necesidades y expectativas^{2,11,50}.

Son varios los factores que explican este cambio de paradigma¹¹ :

En primer lugar, la gestión de la Calidad Total ha impulsado la implicación del cliente (tanto interno como externo) y la STFP como elemento irrenunciable. De acuerdo con los nuevos principios del concepto de Calidad Total, la definición de calidad no solo engloba el criterio del profesional acerca de las necesidades del paciente, sino que incluye como elemento indispensable el punto de vista del propio paciente¹¹.

En segundo lugar, las características de los pacientes han cambiado. En el siglo XXI nos enfrentamos a un paciente o usuario cada vez más exigente, más informado, consciente de cuáles son sus derechos y demandante de sus necesidades. Así, factores como el respeto por las preferencias del paciente, la información transmitida, la implicación de familiares en las decisiones, el apoyo emocional y el trato determinarán la percepción de CA por parte del paciente¹¹. Un estudio realizado en 2003 por el Instituto Picker⁵¹, en ocho países de la Unión Europea, describió el perfil del paciente europeo en el futuro. Los resultados de este estudio determinaron que el paciente europeo esperaba un cambio en la forma de relacionarse con el sistema sanitario y con los profesionales de la salud. Los ciudadanos europeos deseaban participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud y demandaban más información⁴⁹.

Desde esta perspectiva es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente, en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria²⁰.

1.2.2 Definición de satisfacción del paciente.

Desde los años 60 se ha intentado definir la satisfacción, tanto en el ámbito del marketing, como en el sector sanitario. La literatura señala que la satisfacción es un concepto complejo independientemente del ámbito de estudio. Es considerado un concepto multidimensional y aún no se encuentra completamente bien definido. Algunas de las definiciones de la STFP más destacadas se recogen en la Tabla 3 ⁴⁵.

Independientemente del ámbito en el que se defina la STFP, parece que las distintas definiciones comparten tres aspectos comunes. En primer lugar, se define como una evaluación emocional o afectiva del servicio o tratamiento basada en aspectos cognitivos, que son formados por deseos, expectativas o necesidades del paciente. Por otro lado, supone una cohesión de esos aspectos cognitivos y experiencias reales dentro de un servicio de salud. Y, por último, evalúa de forma general

los diferentes aspectos del servicio sanitario. Por lo tanto, es un proceso subjetivo con diferentes significados para cada individuo según sus creencias, valores, percepciones, emociones, características personales, experiencias previas o manera de entender el término “cuidado”⁴⁵.

Tabla 3. Definiciones de satisfacción del paciente

Hulka et al⁵²	“...las actitudes del paciente hacia los médicos y la atención médica”
Linder-Pelz⁵³	“Actitud positiva con carácter evaluativo y afectivo..., los individuos evalúan diferentes aspectos de la atención sanitaria basándose en la suma ponderada de sus creencias para adoptar una actitud general”
Pascoe⁵⁴	“...una reacción del receptor del cuidado sanitario a aspectos sobresalientes del contexto, proceso y resultado en su experiencia en el servicio”
Eriksen⁵⁵	“... la satisfacción del paciente es una evaluación de un servicio o proveedor basada en la comparación de las normas subjetivas del paciente con la atención recibida y que presenta una respuesta emocional positiva a la comparación”
Hills y Kitchen⁵⁶	“...un sentido de satisfacción, logro o cumplimiento que resulta de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes con respecto a aspectos específicos y generales de la atención sanitaria”.

Koos⁵⁷ y Donabedian⁵⁸ han sido los autores pioneros en considerar la STFP como una medida del resultado de la asistencia sanitaria⁵⁹.

Para Donabedian⁶⁰, los consumidores (pacientes y aquellos que legítimamente puedan hablar en su nombre) contribuyen en la garantía de calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen.

Desde entonces, se han ido desarrollando diferentes propuestas sobre cómo medir la satisfacción, integrando esta medida dentro de las diferentes teorías y modelos dominantes en cada momento histórico^{49,59}.

De este modo, las investigaciones de la década de los 80 han desarrollado la teoría de STFP sobre la base de las teorías de la satisfacción del consumidor en el sector servicios⁴⁵. En la literatura industrial,

la satisfacción del consumidor es definida como un juicio subjetivo del mismo sobre su expectativa y la experiencia real del producto o servicio. En la literatura de STFP las teorías son similares y por tanto se basan también en las expectativas⁴⁵. Estas teorías han sido desarrolladas a partir de modelos psico-sociológicos utilizados en el campo de las ciencias sociales para describir y predecir la conducta⁵⁹. Posteriormente, se han ido incorporando a la literatura sanitaria actual sin muchos cambios ni adaptaciones, lo que ha llevado a confusiones en la conceptualización de la STFP dentro de los servicios de salud⁴⁵.

Las cinco teorías clave que han tenido su arraigo dentro del sector sanitario han sido^{44,45}:

- Las teorías de discrepancia y transgresión de Fox y Storms⁶¹ (1981). Estos autores abogaron por la idea de que la satisfacción representa la discrepancia percibida entre lo que esperaban los pacientes y lo que experimentaban. Si ambos aspectos eran congruentes, los pacientes estaban satisfechos.
- La teoría del valor de la expectativa de Linder-Pelz⁵³ (1982). Defendió que la satisfacción estaba mediada por las creencias y valores personales sobre la atención, así como las expectativas previas. Linder-Pelz⁵³ observó una fuerte relación entre las expectativas y los índices de satisfacción. Y definió la STFP como “evaluación positiva de distintas dimensiones de la atención médica”.
- Determinantes y teoría de componentes de Ware et al.²³ (1983). Manifestaron que la STFP era una respuesta subjetiva de los pacientes a la atención, mediada por sus preferencias y expectativas personales.
- La teoría de modelos múltiples de Fitzpatrick y Hopkins⁶² (1983). Propusieron que la STFP no puede ser un concepto único, sino que está formado por varios determinantes. Las expectativas de los pacientes dependen de las suposiciones sobre los posibles resultados de salud y el grado en que la enfermedad y la atención médica viola el sentido personal del paciente.
- La teoría de la calidad de la atención médica de Donabedian¹⁴ (1980). Este autor postuló que la satisfacción es un resultado de la atención interpersonal, argumentando que la STFP constituye un juicio positivo de todos los aspectos de la calidad de la atención, pero particularmente relacionado con el componente interpersonal del paciente.

Batbaatar et al⁴⁵ después de realizar una revisión sistemática sobre el concepto de STFP concluyen que las teorías que han intentado explicar la STFP sobre la base de las expectativas, están orientadas a la comercialización y, por tanto, ese sesgo hace que no resulten totalmente aplicables a los servicios sanitarios. La evidencia sugiere que la relación entre expectativas y STFP no está clara. Aunque existen estudios que demuestran esta relación, otros contradicen esta teoría, por lo que debemos de ser cautos a la hora de explicar la STFP exclusiva o fundamentalmente a través de las expectativas del paciente.

1.2.3 Enfoque de la satisfacción del paciente.

El estudio de las diferentes teorías ha puesto de manifiesto que la satisfacción e insatisfacción no siempre corresponden a dos polos opuestos, sino que muchas veces se comportan como constructos independientes. Así, en la práctica asistencial es posible encontrar buenas prácticas que apenas tienen efecto sobre la satisfacción, pero que cuando están ausentes provocan insatisfacción en los pacientes. Por el contrario, en el día a día de cualquier centro sanitario existen aspectos demandados por los pacientes que influyen de manera muy importante en la satisfacción, mientras que otros apenas tienen efecto. Por último, es posible identificar otros factores que a pesar de que no son demandados o que *a priori* no se esperaba que desempeñasen un gran efecto sobre el nivel de STFP, cuando están presentes hacen que el paciente sobrevalore esa atención muy positivamente⁴⁹.

En este sentido Kano⁶³ llevó a cabo una diferenciación entre:

- **Calidad esperada:** incluye a todos aquellos aspectos que se dan por supuestos, y que el paciente considera como “seguro” y “normal” recibir. Estos elementos resultan indiferentes para la satisfacción.
- **Calidad expresada:** engloba los elementos de la atención que el paciente reclama y que, de no estar presentes, hace que claramente se sientan mal atendidos.
- **Calidad inesperada:** comprende a todos aquellos elementos cuya presencia aumenta significativamente la satisfacción, ya que constituye lo que se denomina el “detalle de lo inesperado”.

Complementariamente, Tenner y De Toro⁶⁴ describen tres niveles de necesidades del paciente en cuanto a la calidad de la atención (ver Tabla 4):

- a) **Necesidades implícitas o expectativas básicas.** No cumplirlas provoca el descontento del paciente, pero el logro de las mismas no conlleva un incremento en los niveles de satisfacción, ya que son consideradas parte de la atención. En los servicios de salud, estas expectativas se limitan casi exclusivamente a las características científico-técnicas (por ejemplo, diagnósticos y tratamientos correctos y sin complicaciones). Su presencia se considera normal y su ausencia, si se percibe, produce insatisfacción.
- b) **Necesidades explícitas o expectativas opcionales.** Aspectos del servicio que los pacientes desean y demandan, considerados “extras”. Es decir, no forman parte del servicio básico. El paciente expresa estas necesidades cuando se le pregunta por cuáles son las características que debe tener un servicio sanitario. Cuando no se cumplen provocan insatisfacción y, cuando están presentes implican satisfacción.
- c) **Necesidades latentes o expectativas no articuladas.** Son aquellas que el paciente no espera y su cumplimiento provoca “sobresatisfacción” o pacientes “muy satisfechos”. De este modo, el paciente considera que no va a recibirlas, no da por supuesto su existencia, por lo que, si no se las proporcionan sus niveles de satisfacción tampoco se verán modificados.

Tabla 4. Necesidades del paciente

TIPO	EFECTO	
	CUMPLIMIENTO	INCUMPLIMIENTO
EXPECTATIVAS BÁSICAS	No efecto	Insatisfacción
EXPECTATIVAS OPCIONALES	Satisfacción	Insatisfacción
EXPECTATIVAS NO ARTICULADAS	Sobresatisfacción	Efecto nulo

Adaptado de Tenner y De Toro⁶⁴

1.2.4 Diferencias entre calidad percibida y satisfacción.

Tras el estudio durante los años ochenta, por diferentes autores, de cómo medir la STFP, aparecieron las primeras reflexiones sobre el uso de las encuestas de satisfacción como instrumento de medida, a la vez que se comenzó a cuestionar qué se estaba midiendo realmente⁵⁹. Como indica Saturno¹, una encuesta de satisfacción realizada a la población en general, haya utilizado o no recientemente los servicios que se piden valorar, no mide la satisfacción del servicio en concreto. “Cómo se va a valorar algo que no se ha utilizado o no se conoce, lo que realmente miden este tipo de encuestas es una opinión pública, influenciada por aspectos políticos o sociales de descontento o satisfacción de una población”.

Es por ello que, en la década de los noventa, se introdujo en la evaluación de la CA el concepto de calidad percibida, procedente del “modelo de desajustes” desarrollado en el marco del sector servicios^{49,59}.

Aunque asociadas entre sí, la satisfacción y calidad percibida muestran ciertas diferencias. En ambos conceptos se cree que el paciente realiza una comparación entre el servicio que recibe con relación a algún estándar⁵⁹.

La calidad percibida de un centro o servicio está condicionada por la imagen que se posea de los servicios (creada a partir de experiencias, publicidad y boca a boca principalmente). Bajo este precepto, puede hacerse una valoración de la calidad percibida sin haber experimentado necesariamente ese servicio^{2,59}.

La satisfacción, en cambio, se diferencia de la calidad percibida en la necesidad de que exista una experiencia reciente con ese servicio para que el paciente pueda valorar si está satisfecho o no². La satisfacción no puede surgir sin la experiencia y la comparación de esta con experiencias o expectativas previas⁵⁰.

Se considera que el antecedente de la calidad percibida es la imagen que se posee del servicio, mientras que los antecedentes de la satisfacción suelen ser procesos cognitivos y emocionales. La calidad percibida es la diferencia entre lo que el paciente cree que debería de ocurrir y lo que percibe que ocurre realmente. La satisfacción es el resultado de lo que el paciente espera que ocurra y lo que dice haber experimentado².

Es por ello que, la calidad percibida es considerada un antecedente de la satisfacción y, la satisfacción a su vez un antecedente de la decisión de volver a solicitar ese servicio⁵⁹.

A pesar de las diferencias que suponen estos matices, ambos términos han sido utilizados como sinónimo en mucha de la literatura científica^{2,44}, lo que ha dificultado la conceptualización y medida de la STFP.

En el sector sanitario existe una necesidad urgente de diferenciación y estandarización de las definiciones y construcciones para la STFP y la calidad percibida de los servicios de salud, así como su adopción en todas las investigaciones futuras.

1.2.5 Medida de la satisfacción del paciente.

El interés por conocer la percepción que el paciente tiene de su experiencia en los servicios de atención sanitaria ha supuesto un gran auge de los estudios de evaluación de la STFP, tanto a nivel nacional como internacional.

Existe una gran variedad de formas de medida de la satisfacción, y se hace necesario conocer muy bien sus diferencias, ya que las conclusiones variarán según las características de las medidas utilizadas⁴⁸.

En la Tabla 5 se muestran las diferentes características a considerar en la medida de la STFP. Como indican Hudak y Wright⁴⁸, estas características se podrán dividir en dos categorías: contenido (enfoque de la medida) y método (cómo se administra la medida).

Dentro del contenido debe diferenciarse: Primero, si constituye una medida global (una o dos preguntas sobre la satisfacción general) o multidimensional (múltiples elementos que estudian la satisfacción en diferentes aspectos). Segundo, si la medida de la satisfacción va encaminada a conocer el resultado de la atención o el resultado del tratamiento. Tercero, si es una medida genérica (para su uso en población general) o específica (de utilidad en enfermedades o poblaciones concretas). Y, por último, si se trata de una medida directa (con preguntas sobre experiencia personal del paciente) o indirecta (con preguntas sobre las actitudes del paciente hacia la atención médica) (ver Tabla 5)⁴⁸.

Dentro de la categoría del método empleado, cabe diferenciar entre: si se centra en aspectos fácticos de la atención o en respuestas afectivas del paciente a esa atención, si incluye preguntas abiertas o cerradas, si es autoadministrada o administrada por el entrevistador, así como el tipo de respuesta utilizado (ver Tabla 5)⁴⁸.

CONTENIDO	Global	Multidimensional
	Resultado de la atención	Resultado del tratamiento
	Genérica	Específica
	Directa	Indirecta
MÉTODO	Aspectos fácticos	Respuesta afectiva
	Preguntas abiertas	Preguntas cerradas
	Autoadministrado	Administrada
	Tipo de respuesta utilizada	

Elaborada a partir de Hudak y Wright⁴⁸

En la búsqueda de la medida de la CA es importante considerar la dimensionalidad del instrumento utilizado. En este sentido, Hudak y Wright⁴⁸ afirman que la mejor solución es el uso de una medida multidimensional complementada con una medida global, ya que la multidimensionalidad proporciona una mayor información para su uso en la mejora de la CA. El verdadero desafío en el uso de este tipo de medidas es que contengan todas las dimensiones importantes de la STFP (ver apartado 1.2.7 de capítulo 1).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la diferencia entre el uso de la satisfacción como medida del resultado del tratamiento o su uso como medida de la atención recibida. Como indican Hudak y Wright⁴⁸, como medida del resultado del tratamiento, la satisfacción se circunscribe a la valoración que el paciente efectúa sobre una intervención de tratamiento particular (ej. ¿cómo de satisfecho está con los resultados del tratamiento de su cirugía de pie?). Por otra parte, entendida como medida de la atención, la satisfacción es la calificación del paciente de la calidad del proceso de atención sanitaria (ej. ¿cómo de satisfecho está con el servicio que recibió?).

Aunque parece indudable que la satisfacción con el resultado del tratamiento puede contribuir a la satisfacción con la atención y viceversa, estos conceptos deben de evaluarse por separado, aumentando su validez si se conceptualizan desde diferentes perspectivas⁴⁸.

La mayoría de las medidas de satisfacción en el ámbito clínico general se han centrado en la satisfacción con la atención⁴⁸. En un primer momento, estudiando de forma genérica el funcionamiento de un centro, hospital, ... desde el punto de vista del paciente. Para, poco a poco, evaluar los procesos concretos de la asistencia clínica. Esto ha permitido una aproximación de los clínicos a las medidas de satisfacción, así como la extracción de información más precisa para ser trasladada a la práctica clínica^{1,49}.

Otro aspecto de vital importancia en la medida de la STFP radica en la metodología de investigación utilizada. Son muchos los autores y organismos, nacionales e internacionales, que han señalado que la metodología más adecuada para la valoración de la STFP es la combinación de la metodología cuantitativa y cualitativa^{1,48,65-69}.

A pesar de que Barrasa y Abiar⁶⁷, en 2003, observan que la mayoría de los estudios de la STFP (90%) en España se habían desarrollado a través de una metodología cuantitativa, es creciente la aceptación de investigaciones que combinen técnicas cuantitativas y cualitativas.

Barrasa y Abiar⁶⁷ consideran que la metodología cuantitativa aporta objetividad contundente y permite establecer comparaciones a través de un instrumento de medida estandarizado. Pero, los diseños cualitativos permiten además explorar otros rincones inaccesibles de la realidad asistencial y desarrollar así planes originales de mejora.

En un estudio sobre las aportaciones e inconvenientes de la incorporación de la metodología cualitativa en la evaluación de la CA, Álvarez del Arco et al⁶⁸ afirman que el uso de investigaciones metodológicamente mixtas resulta especialmente útil para determinar necesidades no cubiertas y áreas de mejora que no pueden ser identificadas mediante el empleo de cuestionarios cuantitativos, especialmente en servicios que generan una elevada satisfacción a los pacientes.

Hudak et al⁴⁸ en una revisión sobre las características de la medida de la STFP, manifiestan que la opción metodológicamente más adecuada es complementar el uso de una medida cuantitativa estandarizada con secciones de preguntas abiertas o un método cualitativo. El uso concurrente de ambos tipos de metodologías debería de llevar a una comprensión más completa de la satisfacción.

1.2.6 Instrumentos de medida de la satisfacción del paciente.

En 1970 comienzan los primeros pasos para medir la STFP con el desarrollo de diferentes escalas y cuestionarios, encaminados a ayudar en la planificación, administración y evaluación de los programas de prestación de servicios de salud. Desde entonces, se han desarrollado numerosos instrumentos. La alta especificidad de los diferentes tipos de atención hace que sea muy complejo el desarrollo de una escala de medición única para todos los servicios, de forma que esta resultará variable en función del enfoque y la definición que se le dé a la STFP ⁷⁰.

El modelo o teoría que ha servido de base en la medida de la satisfacción para la mayor parte de la literatura científica ha sido el modelo americano planteado por Parasuraman, Zeithaml y Berry⁷¹. En 1985, partiendo de la necesidad de introducir un método alternativo a las encuestas de satisfacción, Parasuraman et al⁷¹ desarrollaron un instrumento de medida denominado SERVQUAL (*Service Quality*). SERVQUAL se basa en la teoría de que la calidad percibida por el cliente es el resultado de la diferencia entre las expectativas y las percepciones, el denominado “paradigma de la desconfirmación”⁷². Así, buscaron la medición de la calidad a través de la evaluación por separado de las expectativas y de las percepciones del cliente. El cuestionario se compone de 44 ítems, divididos en dos escalas (expectativas y percepciones), compuestas por 22 ítems cada una. Inicialmente y desde una perspectiva teórica, fue diseñado para medir la calidad a través de 10 dimensiones. No obstante, después de las críticas recibidas y de varios estudios estadísticos, manifestaron que estas dimensiones estaban correlacionadas entre sí y las redujeron a cinco: confianza o empatía, fiabilidad, responsabilidad, capacidad de respuesta y tangibilidad⁷³. Según estos autores también es necesario diferenciar entre “calidad deseada” (nivel del servicio que debería ser prestado) y “calidad adecuada” (mínimo nivel aceptable). Entre ambos existe una zona de tolerancia (o rango en el que el servicio es aceptable por el cliente).

A pesar de que el empleo del SERVQUAL se ha extendido ampliamente en el sector servicios, la transferencia de este instrumento al sector sanitario ha encontrado grandes dificultades. Por un lado, tal y como se ha anticipado, este modelo ha generado un interesante debate en relación con su dimensionalidad, no consiguiendo demostrar la estructura factorial en cinco dimensiones, así como con su idoneidad para valorar la calidad del servicio⁷⁴. Y, por otro lado, ha generado ciertos problemas metodológicos, principalmente por la dificultad intrínseca de medir las expectativas, la dificultad de los pacientes para entender las escalas de respuesta y la capacidad predictiva de las

puntuaciones obtenidas por diferencia entre expectativas y percepciones¹¹. Además, con el tiempo, se identificaron otras dimensiones de la calidad de la asistencia sanitaria percibida por los pacientes que modificaban las cinco dimensiones de origen¹¹.

Conscientes de estos problemas metodológicos, Parasuraman et al⁷⁵, en el año 1991, proponen una alternativa diferente a su cuestionario, rediseñando el cuestionario y combinando las expectativas y percepciones en una misma escala.

Van Campen et al⁷⁶ en 1995 manifestaron que la STFP había sido ampliamente investigada, identificando más de 3000 artículos y una gran cantidad de instrumentos de medición desarrollados en los diez años anteriores. Al comparar cuatro de los instrumentos de medida de la STFP más utilizados con SERVQUAL concluyeron que este último era el que tenía una fundamentación teórica más sólida y mayor validez de construcción, validez discriminante, fiabilidad y facilidad de uso.

A pesar de ello, en el sector sanitario, para evitar los diversos problemas metodológicos y de interpretación para los pacientes, al tener que valorar dos veces los mismos atributos (expectativas y percepciones), muchos autores han buscado otras formas alternativas de evaluación. En este sentido, se ha objetado que la sola medida de las percepciones resulta más efectiva, reúne mayor fiabilidad, validez discriminante y mayor capacidad predictiva⁷⁷⁻⁸⁰.

En 1994, Cronin et al⁷⁸ proponen como instrumento alternativo el SERVPERF (*Service-Performance*), entendiendo la calidad del servicio como una evaluación de la percepción de la productividad de los atributos del servicio. Es por ello que, consideran que la calidad debe ser medida tan solo a través de las percepciones, sin necesidad de compararlas con las expectativas. SERVPERF utiliza la escala de percepciones de SERVQUAL e incorpora otras cuestiones para conocer el grado de importancia que le otorgan los usuarios a cada ítem. Metodológicamente la escala SERVPERF aporta mejoras sobre la escala SERVQUAL, reduciendo el número de ítems a la mitad y demostrando ser la más adecuado para explicar la calidad global de un servicio⁸¹.

Otro cuestionario usado en el ámbito clínico hospitalario ha sido el propuesto por Solves et al⁵⁰ en 1997. Este cuestionario, denominado SERVQHOS (*Service Quality Hospital*), se basó en la nueva versión del cuestionario SERVQUAL revisado. Así, combinaba de nuevo en la misma escala de respuestas expectativas y percepciones e intentaba superar los problemas metodológicos de los que adolecía el cuestionario original. Se demostró que reunía las suficientes condiciones psicométricas para ser utilizado como medida de la STFP en el medio hospitalario (alta consistencia interna, buena

capacidad predictiva y buena estructura factorial). Pero, al igual que otros autores, tampoco consiguieron demostrar la estructura factorial en 5 dimensiones.

Así, han ido surgiendo numerosos instrumentos de medida de la STFP adaptados a los diferentes ámbitos y servicios sanitarios. Los instrumentos se han ido basando en estas teorías y conceptos de calidad antiguas. No obstante, como indica Beattie et al⁸² “si bien la longevidad de los instrumentos es una fortaleza identificativa, la perspectiva del paciente es probable que cambie con el tiempo, haciendo necesario la evaluación periódica de la validez del instrumento y la adaptación a la política de salud actual”.

En 1999, Sitzia⁶⁵ en la literatura inglesa revisa los estudios sobre la STFP, evaluando la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados. Encontró que el 81% de los estudios usaron un nuevo instrumento y un 10% adicional había modificado un instrumento ya existente, concluyendo que, con pocas excepciones, los instrumentos de estudio hasta la fecha demostraron poca evidencia de confiabilidad y validez.

En el ámbito español, en 2003, Barrasa y Aibar⁶⁷ realizan una exhaustiva revisión de los cuestionarios utilizados en el estudio de la STFP. Detectaron que la mayor parte de los investigadores habían utilizado instrumentos de medida de elaboración propia, validados en muy pocos casos y cumplimentados de muy diversas formas, lo que hacía muy difícil la comparación entre ellos. La mayoría de los estudios incluían resultados cuantitativos a partir de una encuesta a pacientes, aunque en los últimos años las técnicas cualitativas habían ganado terreno. La mayoría de los estudios habían sido realizados para describir un determinado fenómeno cuyos resultados estaban muy condicionados por variables locales o particulares, lo que hacía muy difícil su extrapolación al contexto general.

En fechas más recientes, Almeida et al en 2015⁷⁰, después de llevar a cabo una revisión sistemática de los instrumentos de medida de la STFP, detectaron que los instrumentos utilizados se habían aplicado en todo el mundo (Europa, Asia, América del Norte, Australia y África) en diferentes ámbitos clínicos, con tamaños de muestras muy variables y con una amplia variabilidad. Encontraron 34 instrumentos diferentes y pocos de ellos fueron usados por más de un estudio, siendo la encuesta de satisfacción *ad hoc* el método más común de evaluación de la STFP. El diseño de estudio más frecuentemente observado había sido consecuentemente la validación del instrumento y en unos pocos casos su adaptación intercultural, puntuando la calidad metodológica de los cuestionarios

como media. Finalmente, concluyeron que no existe un instrumento “*gold estándar*” para la medida de la STFP en la atención médica.

Otra revisión sistemática, llevada a cabo para conocer los instrumentos usados para evaluar la calidad de los hospitales basada en la experiencia del paciente, identificó once instrumentos internacionales. Se encontraron evidencias de un extenso trabajo teórico y aunque la calidad de los métodos y resultados se mostró variable, en su mayoría eran de alto nivel⁸².

Aunque la mayoría de las revisiones han señalado la limitada evidencia que muestran los estudios de STFP, estas últimas revisiones parece que demuestran un aumento en las mejoras metodológicas de los instrumentos de medida^{44,70}. Beattie et al⁸² afirman que los datos extraídos del estudio de la satisfacción para su uso en propósitos de alto riesgo requieren un alto grado de fiabilidad y validez de los instrumentos utilizados, siendo más permisivo en los usados para la mejora de la calidad donde se podría tolerar niveles más bajos de fiabilidad, a favor de otros aspectos o criterios de utilidad (impacto educativo, coste y aceptabilidad).

1.2.7 Determinantes de la satisfacción del paciente.

Existe un importante consenso en que la STFP como medida de la atención representa un concepto complejo y multidimensional con numerosos factores determinantes. Sin embargo, la delimitación de cuáles son los factores que influyen en la STFP es una cuestión que todavía genera importantes discusiones y permanece abierta^{47,83-86}.

Una revisión sistemática, realizada en 2017 por Batbaatar et al⁸³, sobre los determinantes de la STFP confirma que los determinantes más importantes varían mucho según los estudios analizados. A pesar de ello, los determinantes que se asocian de manera más fuerte y positiva con la STFP son: las habilidades interpersonales de los profesionales sanitarios, la competencia, el entorno físico, la accesibilidad, la continuidad de la atención, las características del centro y el resultado de la atención^{23,83}.

Por otro lado, las asociaciones entre las características relacionadas con el paciente y la satisfacción parecen resultar más contradictorias. A grandes rasgos, existen tres tipos principales de factores individuales: expectativas, estado de salud y las características socioeconómicas y demográficas del paciente. En la Tabla 6 se muestra la relación de determinantes que se relacionan con la STFP,

divididos en dos categorías: determinantes relacionados con los proveedores sanitarios y las características relacionadas con el paciente^{83,84}.

A efectos expositivos, se utilizará esta misma clasificación para profundizar en cada uno de los determinantes.

Tabla 6. Determinantes de satisfacción del paciente

DETERMINANTES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE
Asistencia técnica	Características socioeconómicas y demográficas
Cuidado interpersonal	
Entorno físico	Estado de salud
Acceso	
Características organizacionales	Expectativas
Continuidad	
Eficacia/Resultado de la atención	
Elaborado a partir de Batbaatar et al. ⁸³ y Crown et al. ⁸⁴ .	

1.2.7.1 Determinantes relacionados con el proveedor.

1.2.7.1.1 Asistencia técnica.

Numerosos estudios evidencian que la buena asistencia técnica juega un papel importante en el incremento de la STFP. Dentro de este determinante se engloba la competencia, la capacidad, la experiencia, la ética profesional y la confidencialidad de los profesionales sanitarios⁸³.

La competencia de los profesionales de la salud percibida por los pacientes tiene uno de los impactos más significativos en las variaciones de la satisfacción. El conocimiento del profesional en relación a cómo manejar los procesos clínicos, el dolor y el apoyo para el autocontrol de la enfermedad del paciente se relaciona positivamente con la satisfacción⁸³.

Sin embargo, parece que los pacientes a la hora de evaluar la calidad de la asistencia técnica encuentran ciertas limitaciones, debidas a la falta de conocimientos específicos, y terminan

evaluando este atributo fundamentalmente a partir de la amabilidad y cortesía que le brindan o transmiten los profesionales sanitarios^{47,65,83}.

1.2.7.1.2 Cuidado interpersonal.

El cuidado interpersonal se refiere a la interacción entre el paciente y el personal sanitario en términos de comportamientos afectivos y comunicación. Se ha demostrado la gran importancia que adquiere este determinante en la evaluación de los cuidados. Cuando los pacientes están satisfechos con el cuidado interpersonal del profesional sanitario, tienden a asumir que el profesional es más creíble, lo que aumenta la satisfacción general con el servicio^{83,84}.

Los pacientes evalúan al personal sanitario a través de la amabilidad, la cortesía, la empatía, la preocupación y la sinceridad. No solo hacia ellos, sino también hacia sus familiares. Se incluye también en este determinante el hecho de tener en cuenta las preferencias del paciente durante el proceso asistencial⁸³.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que las habilidades de comunicación verbal y no verbal y de escucha activa entre profesional y paciente se encuentran positivamente asociados con el nivel de STFP^{83,85,87}.

Además, se ha demostrado que los pacientes evalúan mejor la competencia de los médicos si éstos adoptan un papel igualitario y no autoritario^{83,84}.

A pesar de esta fuerte relación, un ensayo controlado aleatorio llevado a cabo para estudiar el efecto de un programa de capacitación en habilidades de comunicación de los médicos en la STFP, concluyó que la formación del personal en este aspecto no mejoraba el nivel de satisfacción⁸⁸.

1.2.7.1.3 Entorno físico.

El entorno físico donde se lleva a cabo la asistencia tiene una alta influencia en la STFP⁸³.

La mayoría de los estudios engloban dentro de este determinante el ambiente, la comodidad de las salas, la limpieza, el nivel de ruido, la adecuada temperatura, la adecuada iluminación, la claridad de las indicaciones, la disposición de equipos y las facilidades de estacionamiento⁸³.

Habitualmente, el ambiente físico supone la primera impresión de una instalación de atención médica que recibe un paciente. Un estudio actual que investigó el efecto del entorno físico de la sala

de espera en la percepción de la calidad de la atención, demostró que la calidad de la atención percibida era mayor en aquellas salas de espera que estaban bien amuebladas, bien iluminadas, contenían obras de arte y tenían una apariencia cálida. Si el entorno comunica que los médicos, las enfermeras y el personal se preocupan por su apariencia y función, y lo diseñan teniendo en cuenta al paciente y sus necesidades, entonces el paciente ingresa al sistema con una imagen positiva del proceso de atención médica⁸⁹.

En el ámbito hospitalario se ha estudiado esta relación a través del efecto que tenía en la satisfacción el ingreso en habitaciones más o menos atractivas, encontrando que los pacientes alojados en habitaciones más atractivas hacían una evaluación más positiva de los médicos y personal de enfermería y de la satisfacción global del servicio⁹⁰.

1.2.7.1.4 Acceso.

El acceso a los servicios sanitarios se recoge en muchos estudios englobando tres subcategorías: la accesibilidad, la disponibilidad y la asequibilidad⁸³.

La accesibilidad del servicio sanitario, medida a través de aspectos organizacionales, se ha asociado positivamente con la STFP. Los aspectos relacionados con la accesibilidad del servicio son: una buena ubicación del centro sanitario, poco tiempo de espera, servicio rápido, proceso de admisión y alta sencillo y poco tiempo de espera y esfuerzo para obtener una cita⁸³.

Cuando los pacientes tienen que esperar en el centro más tiempo del esperado, y sobre todo sin previo aviso, tienden a mostrarse menos satisfechos^{83,91}.

La disponibilidad del servicio sanitario, medida a través del grado en que los servicios sanitarios se encuentran disponibles ante las necesidades de los pacientes, es otro de los principales determinantes asociados a la STFP⁸³.

En términos económicos, la asequibilidad del servicio se refiere a los costes sanitarios y al método de pago en el acceso a la asistencia sanitaria. Aunque la última revisión sistemática sugiere que existe una relación inversa entre la satisfacción y el coste, existen evidencias contradictorias⁸³.

El pago directo del servicio parece estar asociado más positivamente que el prepago en la STFP. Además, los pacientes con seguros sanitarios están satisfechos con la atención sanitaria, pero los pacientes que cuentan con seguros privados o coberturas especiales tienden a tener una mayor satisfacción⁸⁴.

1.2.7.1.5 Características organizacionales.

Diferentes estudios han encontrado evidencias sobre la asociación entre las características de la organización de los servicios sanitarios y la STFP⁸³.

Dentro del estudio de este amplio determinante parecen estar relacionados con la satisfacción aspectos como las cuestiones administrativas, la burocracia, la reputación e imagen del centro sanitario, la enseñanza y confianza en la empresa o institución y la satisfacción laboral del personal sanitario, entre otras⁸³.

1.2.7.1.6 Continuidad.

La continuidad del servicio asistencial se refiere a la ininterrupción del proceso del servicio desde el mismo hospital, la misma ubicación o el mismo profesional⁸³.

La continuidad del servicio podría estar relacionada positivamente con la STFP. La continuidad de la atención por parte del mismo profesional tiene un efecto significativamente positivo en la satisfacción, especialmente en pacientes mayores^{92,93}.

A pesar de ello, este determinante tiene dos perspectivas diferentes. Tradicionalmente, desde el punto de vista del paciente, se ha idealizado con una atención continuada llevada a cabo por un mismo profesional. Pero, actualmente, para los proveedores sanitarios en sistemas de atención integrados verticalmente la continuidad se mide en términos de un servicio continuo a través de la integración, la coordinación y el intercambio de información entre los diferentes profesionales y especialistas. Por todo ello, la continuidad experimentada puede ser valorada por derecho propio. Pero, la continuidad en la prestación de atención no puede ser evaluada únicamente desde el punto de vista del paciente⁹³.

1.2.7.1.7 Eficacia/Resultados de la atención.

La eficacia mide la utilidad de la atención sanitaria para mejorar el estado de salud del paciente.

La mejoría percibida de la salud parece tener un impacto positivo en la STFP. Los pacientes que experimentaron complicaciones después del alta manifestaron una menor satisfacción^{83,85}.

Si bien la asociación entre resultado del tratamiento y STFP es compleja y a menudo no es bien comprendida, existen evidencias que indican que muchos pacientes evalúan el resultado sobre su salud y la satisfacción con la atención de forma independiente⁴⁸.

Aunque es evidente que el resultado del tratamiento puede contribuir a la satisfacción con la atención, y viceversa, Hudak y col.⁴⁸ advierten de la necesidad de evaluar estos dos aspectos por separado.

1.2.7.2 Características del paciente

1.2.7.2.1 Características socioeconómicas y demográficas.

La edad se ha mostrado como la variable determinante más importante y más consistente de todos los factores relacionados con el paciente^{47,83,84}.

Existen evidencias de que la edad del paciente tiene efectos en su satisfacción. Los pacientes mayores generalmente están más satisfechos que los pacientes más jóvenes. El motivo por el que manifiestan mayor satisfacción requiere más estudio. Pero, parece que puede reflejar un efecto del ciclo de vida con el que las personas mayores se vuelven más estoicas que las más jóvenes o que ellos engendren más respeto y cuidado a los profesionales sanitarios. O bien, puede ser que sus expectativas sean más bajas, debido a experiencias previas cuando los estándares eran también más bajos⁸⁴.

En cambio, otras características demográficas como el sexo y la raza parecen no ser tan importantes y no se pueden extraer conclusiones firmes sobre su relación con la STFP^{47,83,84}.

La relación de la STFP y el nivel educativo tampoco está clara. Aunque algunos estudios sugieren que la educación se asocia inversamente con el nivel de satisfacción, estos hechos son incompatibles con los resultados de otros estudios que afirman que las personas con menor educación están menos satisfechas^{83,84}.

Diversos indicadores de estatus socioeconómico han sido utilizados también en los estudios de satisfacción, pero en general los hallazgos son inconsistentes y no concluyentes. El nivel de ingreso económicos parece ser la única variable que tuvo impacto en la STFP. Los pacientes con ingresos más altos tienden a estar más satisfechos con los servicios generales de salud o con el acceso y la calidad

técnica. Los pacientes con ingresos más bajos parecen estar más satisfechos con el cuidado de enfermería y menos satisfechos con las habilidades de comunicación^{83,84}.

Las características geográficas y el área de residencia también han sido relacionadas con la STFP. Se ha demostrado que las poblaciones rurales tienen más probabilidades de estar satisfechas que las poblaciones urbanas⁸³.

La regularidad de la visita al centro sanitario puede ser otro determinante de la STFP. Los pacientes suelen estar más satisfechos con el servicio cuanto más a menudo visiten el centro⁸³.

1.2.7.2.2 Estado de salud.

El estado de salud autoevaluado es uno de los predictores más fuertes dentro de las características del paciente, ya que los pacientes que informan que su salud es pobre están menos satisfechos que aquellos que se describen a sí mismos como saludables^{47,83}.

Existen evidencias de que una salud física en peor estado, la presencia de dolor y de síntomas graves correlacionan negativamente con la satisfacción. Además, la discapacidad o las enfermedades limitantes a largo plazo, la baja calidad de vida y la angustia psicológica se asocian también con niveles más bajos de satisfacción^{47,83,84}.

1.2.7.2.3 Expectativas.

Las expectativas han sido estudiadas con mucha frecuencia como uno de los predictores de la STFP⁸³. Algunos estudios sugieren que el cumplimiento de las expectativas del paciente se relaciona con una mayor satisfacción e incluso con un mejor resultado⁴⁷. Sin embargo, en el estudio de las expectativas surgen cuestiones metodológicas e interpretativas que han provocado una reticencia a tratar de observar su relación con la satisfacción (ver apartado 2.6 del capítulo 1)⁸⁴.

En el ámbito sanitario, además, hay pocas pruebas que demuestren las teorías de satisfacción basadas en las expectativas, aunque existe un apoyo limitado a la teoría de desconfirmación y la teoría de discrepancias^{83,84}.

Hay evidencias de que en EE.UU. existe una relación positiva entre la satisfacción y las expectativas: los pacientes con expectativas de atención de alta calidad reportaron niveles más altos de satisfacción, y tenía más probabilidades de volver y recomendar el servicio, que los pacientes con

expectativas más bajas⁸⁴. Según Crow et al.⁸⁴, esto podría ser interpretado de diferentes maneras, por un lado, que la persona con expectativas más altas busca previamente un profesional sanitario que sea capaz de asegurar esos altos estándares que desea, o bien, que los pacientes pueden alterar sus percepciones sobre la atención que han recibido para equipararse a sus expectativas (basado en el modelo de contraste de asimilación). En otros países, sin embargo, esta relación no pudo ser explicada.

Crow et al.⁸⁴ consideran necesario más estudios para reconocer la importancia de las expectativas. En general, la evidencia sobre cómo afectan las expectativas a las evaluaciones de los pacientes se ha mostrado superficial y en algunos casos contradictoria.

Hudak et al.⁴⁸ afirman que los determinantes reales en la medida de la STFP deben examinarse cuidadosamente y considerarse en relación con el entorno clínico y la población de pacientes. Si hay dimensiones o determinantes específicos de un contexto particular o grupo de pacientes que no están cubiertas, se debe considerar su adición en los métodos de medida.

Advierten, además, que las dimensiones del comportamiento y la atención interpersonal, la participación en la toma de decisiones y la adecuación y precisión de la información son factores importantes para los pacientes y deben recogerse siempre como determinantes de la STFP⁴⁸.

1.3 Calidad asistencial en Podología

La evaluación de la CA en el ámbito podológico debe erigirse como un elemento prioritario de cara a los próximos años. A pesar de que el control de la calidad se ha ido incorporando progresivamente a los diferentes ámbitos clínicos, las aportaciones y estudios en el ámbito podológico han sido prácticamente anecdóticos, tanto a nivel nacional como internacional.

1.3.1 La evaluación de la calidad asistencial informada por el paciente en el ámbito podológico.

La investigación de resultados como método de evaluación de la CA se ha convertido en prioritaria para la profesión podológica en la última década. La falta de ensayos aleatorios que respalden la práctica podológica, acompañada de la necesidad de evaluar con medios objetivos las intervenciones que se están realizando, ha llevado al aumento de la investigación en este ámbito.

Un estudio de la *American Orthopaedic Foot & Ankle Society* (AOFAS), en 1997, sobre las prioridades de investigación, respaldó esta necesidad, calificando la investigación de resultados como un tema prioritario en la investigación podológica (citado por Wrobel³⁴, 2000).

En el ámbito podológico el uso de las medidas informadas por el paciente para la evaluación de la CA todavía no es una práctica habitual. Y dentro de las mismas, se ha centrado la atención fundamentalmente en el estudio del resultado de los tratamientos podológicos y no en el estudio del resultado de la atención podológica como proceso integral.

El estudio de la calidad de vida como método de evaluación de las PROM ha sido uno de los primeros métodos en la investigación de resultados de tratamiento podológico. Aunque en un primer momento se han utilizado instrumentos genéricos de evaluación de la calidad de vida para evaluar el impacto de la enfermedad del pie en determinados pacientes, con el tiempo se han ido desarrollando instrumentos específicos que miden la calidad de vida relacionada con la función del pie (*Foot Health Status*, *Foot Function Index* (FFI), ...⁹⁴).

Hunt y Hurwit⁹⁴, en 2013, publicaron una revisión de las PROMs utilizadas en la investigación del pie y tobillo en los últimos 10 años. Identificaron 878 estudios específicos de pie y tobillo, que habían utilizado una medida de resultado, y 139 escalas diferentes. Siendo las cinco más usadas la escala de

la AOFAS, la escala visual analógica, la escala del “*Medical Outcomes Study Short Form Health Survey*”, el FFI y los instrumentos de resultados de la *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, todas ellas usadas en la medida de resultados de tratamiento.

Dado que Hunt y Hurwit⁹⁴ no incluyeron en su revisión revistas específicas de Podología, Hasenstein et al.⁹⁵, en 2017, realizan una revisión de las medidas de resultados en la salud del pie y tobillo publicadas en el *Journal of American Podiatric Medical Association* y el *Journal of Foot and Ankle Surgery*. De los 655 artículos publicados en los últimos 5 años, 151 utilizaron al menos una medida de resultados clínicos (23,1% de los artículos originales y el 11,3% de todas las publicaciones). En ellos, observaron que existían 37 escalas de resultados clínicos diferentes utilizadas durante ese periodo. En concreto, la escala AOFAS ha sido el instrumento más utilizado por las diferentes publicaciones, a pesar de que existen evidencias consistentes de su baja fiabilidad.

Hasenstein et al.⁹⁵ apoyan la necesidad del uso de un menor número de medidas de resultados, aunque válidas y fiables. Advierten, además, que el uso de medidas de resultados objetivas, que no tengan en cuenta al menos un componente subjetivo del paciente no proporciona información con respecto a la función general de la intervención. Afirman, en este sentido, que las herramientas de evaluación de resultado de salud deben incluir al menos una medida subjetiva de los síntomas, la satisfacción o la discapacidad percibida por el paciente.

1.3.2 El estudio de la satisfacción del paciente en Podología

A pesar de que la STFP se ha usado, desde hace ya muchos años, como medida de resultados en una gran cantidad de ámbitos clínicos^{96,97}, como en atención primaria^{98,99}, en hospitales⁵⁰, en los cuidados de enfermería⁵⁵, servicios de urgencias¹⁰⁰ y se ha comenzado a llevar a cabo en otras especialidades como odontología¹⁰¹ y fisioterapia¹⁰², entre otras, en el ámbito podológico las aportaciones han sido muy escasas.

En el ámbito internacional el uso de la STFP como medida de la CA podológica se ha realizado principalmente de modo complementario y con escalas globales, es decir, que miden la satisfacción de manera aislada a través de un único ítem (¿cómo de satisfecho está con el servicio?).

En la revisión llevada a cabo por Hunt y Hurwit⁹⁴, en 2013, las escalas de satisfacción aparecen recogidas en la categoría “otros” de los instrumentos de resultados seleccionados, donde clasificaron aquellas escalas de satisfacción globales, junto a otros instrumentos *ad hoc*. Esta categoría “otros” abarcaba la mitad de los artículos revisados (439 artículos) y las escalas de satisfacción aparecían en 330 artículos de esa categoría.

De los 115 artículos revisados por Hasenstein et al.⁹⁵, en 2017, 24 de ellos (tan solo un 15,9%) utilizaron alguna forma de medida subjetiva u original de la satisfacción o expectativas del paciente.

Los comienzos del estudio de la STFP en Podología, al contrario que en otros ámbitos clínicos, se han producido principalmente en la evaluación del resultado del tratamiento, desarrollándose principalmente en el seguimiento de las técnicas quirúrgicas del pie ¹⁰³. Considerándose imprescindible la medida de la STFP en el desarrollo de nuevos métodos de evaluación de resultados de tratamiento podológico quirúrgico.

En la búsqueda de una recopilación sistemática a gran escala de resultados quirúrgicos podológicos y dada la falta de sistemas de recolección de datos bien desarrollados a nivel profesional, Rudge y Tollafeld¹⁰⁴ han desarrollado en el Reino Unido un sistema de auditoria clínica podológica de cirugía que permite la medición de resultados, conocido con el acrónimo PASCOP (*Podiatric Audit of Surgery and Clinical Outcome Measurement*). PASCOP nace con el objetivo de proporcionar un marco estructurado en el que recopilar y comparar datos relativos a las características, resultados y experiencias de los pacientes de la cirugía del pie realizada por podólogos. Incluye tres secciones: datos del episodio quirúrgico, resultados de tratamiento y el cuestionario de satisfacción del paciente PSQ-10 (*Patient Satisfaction Questionnaire*). El cuestionario PSQ-10 pide al paciente que exprese sus propias expectativas de tratamiento y le realiza otras preguntas de respuesta estandarizada sobre los hechos y las opiniones de su tratamiento y recuperación. El cuestionario de satisfacción PSQ-10 se ha utilizado ampliamente para evaluar la STFP con la cirugía podológica y se ha demostrado que es fiable y reproducible. Pero, aun no se ha probado su validez¹⁰⁴⁻¹⁰⁹ y su uso se restringe a la evaluación del resultado del tratamiento.

La STFP se ha usado también en otros ámbitos podológicos para medir el resultado de tratamientos concretos, como en el tratamiento ortopodológico con ortesis plantares¹¹⁰⁻¹¹² o el tratamiento de la onicomiosis¹¹³⁻¹¹⁴.

Otro de los ámbitos de aplicación de la STFP en Podología ha sido la evaluación de la incorporación de la figura del podólogo en la asistencia de determinados servicios sanitarios¹¹⁵⁻¹¹⁸. Armanasco et al.¹¹⁶, en 2012, evaluaron la satisfacción y experiencia del paciente de cirugía del pie con la atención de un cirujano podólogo dentro de un departamento de cirugía ortopédica, comparando la misma con la atención por parte de otros cirujanos ortopedas del mismo departamento. A partir de los resultados obtenidos, concluyeron que los pacientes del grupo quirúrgico podiátrico se mostraron significativamente más satisfechos con el resultado de la cirugía del pie que los del grupo ortopédico. La STFP se identificó utilizando una escala tipo Likert, además de solicitar al paciente que identificara su satisfacción general con la cirugía utilizando una medida global, colocando una cruz en una línea de 10 cm dividida en porcentajes (0-100%).

Rome et al.¹¹⁷, en 2013, realizan un estudio retrospectivo para identificar el impacto de un nuevo servicio de reumatología podológica en la reducción del dolor, la discapacidad y la función del pie, informando además sobre la STFP con el citado servicio. La medida de la satisfacción se realizó a través de un cuestionario autoadministrado. La encuesta de STFP encontró que el 84% de los pacientes informaron que estaban satisfechos con el nuevo servicio, y que el 80% de los pacientes afirmaron que el servicio les ayudó con sus problemas en los pies.

En 2014, Walsh et al.¹¹⁸ evaluaron la STFP al incorporar la atención podológica para realizar un triaje en la lista de espera de cirugía ortopédica especializada en pie y tobillo, en aquellos pacientes que requiriesen asistencia ambulatoria. El estudio se realizó retrospectivamente e incorporó también datos sobre la tasa de alta y la eficiencia de la atención. Para la evaluación de la satisfacción se utilizó la encuesta de satisfacción del cliente CSQ-8 (*Client Satisfaction Questionnaire*). Los resultados demostraron, por un lado, la efectividad de la atención podológica, ya que la mitad de los pacientes fueron dados de alta de la lista de espera y, por otro lado, la gran STFP con la evaluación y el tratamiento recibido.

La escala de satisfacción CSQ-8 es un instrumento genérico que ha sido ampliamente utilizado en otros ámbitos clínicos en diferentes versiones e idiomas, pero en el ámbito podológico no había sido usada hasta el momento. El cuestionario se basa en 8 preguntas que deben responder los pacientes o familiares al final de su estancia en el servicio, en base a una escala numérica evaluada entre 1 y 4 puntos.

Es especialmente destacable que en la literatura científica internacional no se han encontrado estudios de STFP llevados a cabo para evaluar los resultados de la atención como medida de la CA

en centros o servicios podológicos concretos, en los que se midan las dimensiones o elementos de la calidad prestada, tal y como se define en el constructo de STFP (asistencia técnica, cuidado interpersonal, entorno físico, ...).

En el ámbito nacional, se han iniciado los primeros pasos en la evaluación de la CA a través de medidas de resultados de la atención podológica, con un único estudio hasta el momento. Coheña¹¹⁹, en 2012, en su tesis doctoral realiza un estudio sobre la evaluación de la percepción de la CA en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla. En dicho trabajo, diseña y valida un instrumento para evaluar la CA en Podología y mide la calidad percibida por los usuarios.

El cuestionario es autoadministrado y consta de 27 ítems agrupados en tres categorías: calidad asistencial, criterios de referencia e información complementaria socio-demográfica. Según el autor, el diseño se realizó en base a los cuestionarios SERVQUAL, SERVPERF y SERVHOS, adaptándolo al ámbito podológico. El estudio de la dimensionalidad del instrumento arrojó una estructura compuesta por los siguientes factores: accesibilidad, cortesía, comunicación, capacidad de respuesta, seguridad y tangibilidad. Concluyendo que el cuestionario es una herramienta válida y fiable para el desarrollo de estudios posteriores y de aplicación en contextos lo más parecido posible, principalmente en clínicas universitarias podológicas ¹²⁰ (ver Anexo I). La evaluación de la CA se realiza a través de un estudio descriptivo llevado a cabo con 379 pacientes que acuden a consulta al Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla durante el desarrollo de las labores docentes-asistenciales del centro. El análisis descriptivo permitió concluir que los pacientes se declaran satisfechos, con una puntuación por encima de 4 puntos (satisfecho). Y, entre los factores o dimensiones identificados, el trato y cortesía fueron los mejor valorados, mientras que los accesos, tiempos y esperas fueron los peor valorados ¹¹⁹.

Desde este trabajo inicial, no se han vuelto a publicar nuevos estudios de evaluación de la CA en Podología, orientados a conocer la STFP con la atención podológica.

1.3.3 La profesión podológica y los estudios de Podología.

La profesión de Podología, como muchas otras profesiones, ha experimentado intensos y profundos cambios a lo largo de los últimos años. Por esta razón, no deben sorprender las enormes diferencias que es posible identificar cuando se comparan diferentes momentos históricos, como los protagonizados por la figura predecesora de los podólogos, los Cirujanos-Callistas, en comparación con los actuales Graduados en Podología. A pesar de ello, la preocupación por ofrecer la mejor CA a los pacientes se mantiene a lo largo de la historia.

Antiguos jeroglíficos y prótesis halladas del Antiguo Egipto muestran que ya en aquella época existía la preocupación por el cuidado y tratamiento de las enfermedades de los pies.

Aunque los comienzos de la Podología como profesión en Europa comienzan en el siglo XVII, debatiéndose entre Inglaterra, donde existían los llamados “*corn cutter*” (callistas), y Francia, que nos ofrece los primeros libros sobre el “Arte del callista”¹²¹.

En España, uno de los documentos más antiguo conocido data del año 1477. La “Ordenación de las Profesiones Sanitarias”, creada por los Reyes Católicos, recoge la profesión podológica dentro de la clasificación de las profesiones sanitarias en “tribunal protomedicato”, “tribunal protocirujanato” y “tribunal protobarberiato”. Y es dentro de este último donde se situó el callista¹²¹.

A pesar de ello, el comienzo legal de los estudios de Podología en España no se da hasta 1857, cuando se establece con la Ley de Instrucción Pública (Ley Moyano) el título de Practicante en Medicina y Cirugía, y, el de Matrona o Partera. Y es dentro de la profesión del Practicante donde se encuentra una mención al Cirujano-Callista.

El título de Practicante autorizaba a ejercer la parte mecánica de la cirugía, por aquel entonces, lo que era la función del callista. Se entendía por callista la persona que se dedicaba a cortar o extirpar y curar callos, uñeros y otras dolencias de los pies, fuese o no cirujano^{121,122}.

Desde aquel entonces la podología continúa cambiando con la aparición de nuevas leyes y reglamentos. En 1953 se unifican los estudios de Practicante, Matrona y Enfermería en una única titulación correspondiente a los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). A partir de entonces, comienzan a impartirse cursos de especialización sobre enfermedades de los pies en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, consiguiendo en 1955 la creación de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de la misma universidad^{121,122}.

A partir de 1957 se comienza a regular la especialidad de ATS y la Podología comienza a verse referenciada dentro del ordenamiento jurídico español, a través del Decreto 727/1962, por el que se establece la especialidad de Podología para los ATS¹²¹.

Se considera que el Decreto 727/1962 es una de las normas legislativas más importantes y determinantes de todas las que han contribuido al desarrollo de los estudios de Podología, así como al reconocimiento social y autonomía profesional del podólogo. Por primera vez se reconoce la Podología como profesión, se define el campo profesional del podólogo y se elimina el término callista y sus limitaciones. La posesión del Diploma de Podólogo habilitaba al ejercicio de la profesión relativa al tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, limitándose en la actuación terapéutica a la cirugía menor. Además, establecía que el diploma reconocía la capacidad de recibir a los pacientes con plena autonomía¹²¹.

El auge adquirido por la Podología va creciendo día a día y tanto la demanda de cuidados podológicos, como el prestigio de los profesionales continúan en aumento. Esto comienza a crear un movimiento encaminado a mejorar la profesión con el deseo de incrementar los conocimientos, acrecentar los estudios y ofrecer una mejor atención a la población¹²¹.

Como hechos relevantes, es importante indicar que en 1966 dentro del Ilustre Colegio Oficial de Practicantes nace la Agrupación de Podólogos de España. A partir de este momento se pusieron en marcha las escuelas, reglamentación de los estudios, especificación del campo profesional, edición de revistas, congresos, manifestaciones, seminarios, simposiums y cursos de perfeccionamiento. Esto provoca un gran avance a nivel profesional, permitiendo así que la disciplina se divulgue y gane importancia dentro de la sociedad^{121,122}.

En 1968, el Ministerio autorizó a la Escuela de Podólogos de la Universidad de Barcelona, la continuidad de sus enseñanzas como especialidad de los Practicantes y ATS. Dichos estudios incluían enseñanzas sobre anatomía, patología podológica, exploración, cirugía, vendajes, terapias físicas, recuperación funcional y toma de moldes, entre otras¹²¹.

En ese mismo año también se inaugura la Escuela de Podología de Madrid, siendo así la segunda escuela de podología existente en España.

En 1977 se aprueba el Real Decreto 2128/1977, que integra en la Universidad a las Escuelas de ATS como Escuela Universitaria de Enfermería, recibiendo una titulación de Diplomado universitario^{121,122}.

A pesar de que en 1980 se incorporan los estudios de Podología a la Universidad, estos fueron anulados años después, lo que provocó que la Podología quedara en un marco legal atípico, haciendo que no se reconociera dentro de la nueva estructura universitaria, ni tampoco dentro de las especialidades de Enfermería¹²¹.

Por esa razón, determinados sectores intensificaron la petición de la creación de estudios propios de Podología e independientes de la especialidad de Enfermería.

Gracias a esos esfuerzos, el Real Decreto 649/1988, de 24 de junio, transforma los estudios de Podología en primer ciclo universitario que da lugar a la obtención del título de Diploma Universitario de Podología y establece las directrices generales correspondientes a los planes de estudios. Como el resto de enseñanzas universitarias de estas características, los estudios se desarrollaron a lo largo de tres años. Esto convierte por primera vez a la Podología en unos estudios universitarios e independientes, cuya titulación sería válida en todo el territorio nacional¹²².

Desde entonces, han sido mucho los avances protagonizados en la profesión a lo largo de los últimos años, así como, el establecimiento de leyes que ampliaron las competencias de la profesión.

En el año 2003, la Ley sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003 especifica que la Podología es la “ciencia que tiene como objetivo el estudio y tratamiento de las distintas afecciones del pie mediante las técnicas propias de su disciplina”, recogiendo las competencias profesionales de la profesión.

En 2009, la ley 28/2009, que modifica la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, permite la prescripción de medicamentos sujetos a prescripción médica a los profesionales de la Podología en el ámbito de sus competencias.

En el contexto académico, en el año 2009, la creación del Espacio Europeo de Educación Superior y la implantación del Plan Bolonia culmina la especialización universitaria mediante la implantación del título de Grado de Podología. Estos estudios tienen una duración de cuatro años y una suma equivalente a 240 Créditos Europeos (*European Credit Transfer and Accumulation System, ECTS*).

La creación de este nuevo plan de estudios se entronca en un sistema educativo en el que el protagonista es el estudiante y no el profesor, cuyo objetivo es la creación de profesionales críticos, creativos e independientes capaces de resolver problemas y continuar aprendiendo a lo largo de su vida.

1.3.4 La Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña

En 1998, dada la demanda sociosanitaria de cuidados podológicos en Galicia, en gran parte debida al aumento del envejecimiento poblacional, y, por otro lado, a la lejanía geográfica existente en el tercio noroeste de la península a las escuelas ya existentes, así como a la falta de profesionales de la Podología, desde la Escuela Universitaria de Enfermería de Ferrol, bajo la dirección de D. Manuel Romero Martín, se propone la implantación de la Diplomatura de Podología en la Universidad de A Coruña (UDC). Después de largas y laboriosas gestiones, intercambiando opiniones sobre de qué forma y dónde debía asentarse la futura escuela, esta propuesta se hace realidad. Convirtiéndose en la cuarta escuela de Podología existente en España en ese momento después de la de Barcelona, Madrid y Sevilla y transformándose en la Escuela Universitaria de Enfermería y Podología de Ferrol de la UDC en 1998 (DOGA do 4 de decembro de 1998).

Uno de los requisitos en la implantación del título universitario oficial que habilite para el ejercicio de la profesión de Podólogo, es la incorporación dentro del plan de estudios de prácticas clínicas, con una evaluación final de competencias, y que permitan al alumnado incorporar los conocimientos profesionales y adquirir las competencias necesarias para el ejercicio de su profesión.

Es por ello que, con la implantación de los estudios de Diplomado en Podología en Ferrol, nace la necesidad de que el alumnado desarrolle las prácticas curriculares con pacientes reales dentro de los estudios universitarios, al igual que otros centros de formación universitaria del territorio español.

Después de valorar las diferentes posibilidades de viabilidad y ubicación, la Escuela Universitaria de Enfermería y Podología de Ferrol, representada por D. Manuel Romero Martín, ante el rector de la Universidad de A Coruña, D. José Luis Meilán Gil, logra a través de un convenio de colaboración entre la Zona Marítima del Cantábrico de la Armada y la UDC (firmado en Ferrol el 22 de Diciembre de 1999), la implantación de la Clínica Universitaria de Podología (CUP) en el seno del Hospital Básico de la Defensa de Ferrol. Este hito permitirá el desarrollo de las prácticas curriculares en la titulación de Podología.

El convenio firmado entre la Armada y la UDC definía las condiciones de uso de las instalaciones y el acceso a la asistencia podológica. La Zona Marítima del Cantábrico ponía a disposición de la UDC el

espacio necesario para tal fin, con la condición de que en caso de que necesidades de Defensa obligasen a tomar operativa la unidad, pudiese ser readaptada en el menor tiempo posible.

El personal con derecho a asistencia se limitaba a el personal militar y familiares con acceso a la asistencia sanitaria en dicho hospital, así como al personal y a los miembros de la UDC, acogíendose a los acuerdos ya existentes con la Armada.

En dicho acuerdo, se establecía además que las actividades sanitarias que se desarrollasen en la CUP no tendrían interés lucrativo y no debían existir contraprestaciones económicas para el uso de las instalaciones. Asimismo, la Zona marítima del Cantábrico no efectuaría aportaciones financieras al desarrollo de las referidas actividades. Debiendo financiar la UDC el desarrollo de las actividades docente-asistenciales que en ella se desarrollarían.

Este acuerdo permite que la primera promoción de Diplomados en Podología comience a desarrollar sus prácticas curriculares dentro de la CUP y tengan acceso a sus primeros pacientes reales.

Los estudios de Podología y la implantación de la CUP son acogidos de buen agrado por la comunidad, especialmente en la comarca de Ferrolterra, dando a conocer la figura del podólogo y sus funciones, y creando, con el tiempo, una mayor demanda de atención podológica y una conciencia social de la importancia del podólogo y del cuidado de la salud de los pies.

Poco a poco se va aumentando la asistencia y actividades docentes en la CUP y se crean otros convenios de colaboración con asociaciones de enfermos y otras asociaciones sin ánimo de lucro, que trabajan con personas en riesgo de exclusión social.

En el 2008, debida a la inactividad del hospital militar y a la dilatación de las listas de espera del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide perteneciente a la red pública del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), el Hospital Naval fue cedido al SERGAS por un periodo de 75 años.

Con la incorporación del SERGAS a la gestión del hospital se mantuvo el convenio de colaboración con la UDC sobre la CUP, convirtiéndose así en la única Clínica Universitaria de Podología dentro de las instalaciones del sistema sanitario público y pudiendo continuar con su labor docente-asistencial.

Este cambio amplía la población con derecho a asistencia en la CUP, incluyendo a aquellos pacientes del SERGAS que necesiten cuidados podológicos y sean derivados por sus médicos de atención primaria o especialistas. Además, se mantienen los acuerdos de financiación firmados en su momento con la Armada, por lo que el paciente que acude a la CUP no tiene que realizar ninguna aportación económica por la asistencia recibida.

Este aumento de demanda coincide con el cambio de los estudios de Podología al Grado, lo que supone un incremento del número de horas prácticas que debe llevar a cabo el alumnado, pasando de 380 horas de prácticas clínicas asistenciales en la Diplomatura de Podología a 720 horas totales en el Grado de Podología (240 h cada practicum). Esto se traduce en la necesidad de un mayor número de pacientes y docentes clínicos.

El funcionamiento de la CUP está dirigido y supervisado por el equipo decanal de la Facultad de Enfermería y Podología de la UDC. En la asistencia podológica interviene el personal de servicios (técnico de laboratorio, administrativo, conserjería, personal de seguridad y limpieza), el personal docente y el alumnado matriculado en cada curso académico.

La CUP cuenta con una superficie de 1000m², dividida en las siguientes salas o zonas de trabajo:

1. Recepción/Administración
2. Gabinetes de Quiropodología (6 salas)
 1. Sala de curas.
 4. Área quirúrgica (2 quirófanos).
 5. Sala de limpieza, desinfección y esterilización.
 6. Consulta de exploración y biomecánica (2 salas)
 7. Consulta de podología física.
 8. Consulta de diagnóstico por imagen.
 9. Sala de moldes.
 10. Taller de Ortopodología.
 11. Aula de formación.
 12. Vestuarios.
 13. Despachos.

Para el desarrollo de estas actividades, la CUP debe contar con todos los recursos materiales y humanos necesarios. Se hace imprescindible la dotación de equipamiento podológico y material fungible necesario para ofertar una asistencia y docencia de calidad. Además, se debe contar con el personal necesario para desarrollar las funciones de gestión y administración del centro, garantizando una seguridad e higiene adecuada a través de la esterilización del instrumental y la limpieza de las instalaciones durante la atención sanitaria.

En la Figura 3 se puede observar la distribución de los espacios y salas de consulta de la CUP.

Para el desarrollo de la actividad docente-asistencial se cuenta con dos servicios principales:

– **Servicio de Quiropodología y Cirugía (en adelante Servicio de Quiropodología).**

En este servicio se estudian y tratan las afecciones dérmicas y ungueales mediante técnicas físicas o tratamientos farmacológicos. Se engloba en este servicio la cirugía podológica, por la cual, mediante diferentes técnicas de cirugía menor, se tratan trastornos biomecánicos, deformidades de los pies y patologías ungueales. Para el desarrollo de este servicio se cuenta con 6 gabinetes de quiropodología, 1 sala de curas, dos quirófanos y un área de limpieza, desinfección y esterilización.

– **Servicio de Exploración, Ortopodología y Tratamientos físicos, (en adelante Servicio de Ortopodología).**

Dentro de este servicio se estudia la biomecánica del pie, a través de la estática y dinámica humana, con técnicas exploratorias manuales y sistemas informatizados, que ayudan a un diagnóstico más preciso. Para el tratamiento de las diferentes patologías se cuenta con los medios necesarios (equipamiento para la confección de férulas, ortesis de silicona o soportes plantares a medida; además de métodos físicos, eléctricos y manuales en la terapéutica de las distintas patologías musculoesqueléticas). Dentro de este servicio se cuenta con 2 salas de exploración y biomecánica, 1 sala de toma de moldes, 1 sala de tratamientos físicos, 1 sala de diagnóstico por imagen y 1 taller de ortopodología.

La realización de las prácticas clínicas se desarrolla en base al plan de estudios, a la carga lectiva de cada materia y al número de estudiantes matriculados. Cada año se incorporan al practicum actualmente una media de 48 alumnos/as.

Para la realización de las prácticas se distribuye al alumnado en grupos (8 grupos de 6 alumnos/as de media), que rota por los diferentes servicios según el horario establecido y aprobado cada año en la Junta de la Facultad de Enfermería y Podología de la UDC.

La asistencia podológica se presta durante el periodo lectivo establecido por la UDC, entre septiembre y diciembre en el 1º cuatrimestre, y, entre febrero y mayo en el 2º cuatrimestre. Cumpliendo con el número de horas prácticas asistenciales por alumno/a, establecidas en las guías docentes.

Toda práctica clínica se lleva a cabo bajo la supervisión del profesorado responsable de las materias relacionadas con los servicios de la CUP.

Las materias que corresponden a prácticas clínicas en su totalidad son los Practicums. El Practicum I es cursado por el alumnado de 3º Curso de Grado en Podología durante el 2º cuatrimestre en horario de mañana. El Practicum II es cursado por el alumnado de 4º Curso de Grado en Podología durante el 1º cuatrimestre en horario de mañana. Y el Practicum III lo cursa el alumnado de 4º Curso de Grado en Podología en el 2º cuatrimestre en horario de tarde. De esta forma, el alumnado va ganando progresivamente autonomía a medida que supera las tres materias y alcanza las competencias exigidas.

Además del Practicum, también se desarrollan prácticas clínicas de otras materias que requieren las instalaciones de la CUP (Pie de riesgo, Podología Deportiva, Prevención de la infección...). Asimismo, dentro de la CUP se desarrollan actividades de investigación que permiten el avance del conocimiento de la ciencia podológica y el desarrollo académico de docentes y alumnado.

Desde su creación hasta el momento actual en la CUP se han atendido a más de 9000 pacientes y se han realizado más de 40.000 atenciones podológicas.

La media de número de atenciones totales anuales supera las 4000 entre los diferentes servicios, manteniéndose en cifras similares cada curso académico. Durante el curso 2016-2017 se han realizado 4316 atenciones, 2539 dentro del servicio de Quiropodología y 1777 en el servicio de Ortopodología. Actualmente se estima que son atendidos en la CUP alrededor de unos 1500 pacientes cada curso académico, pudiendo requerir cada uno de ellos de una o varias atenciones podológicas.

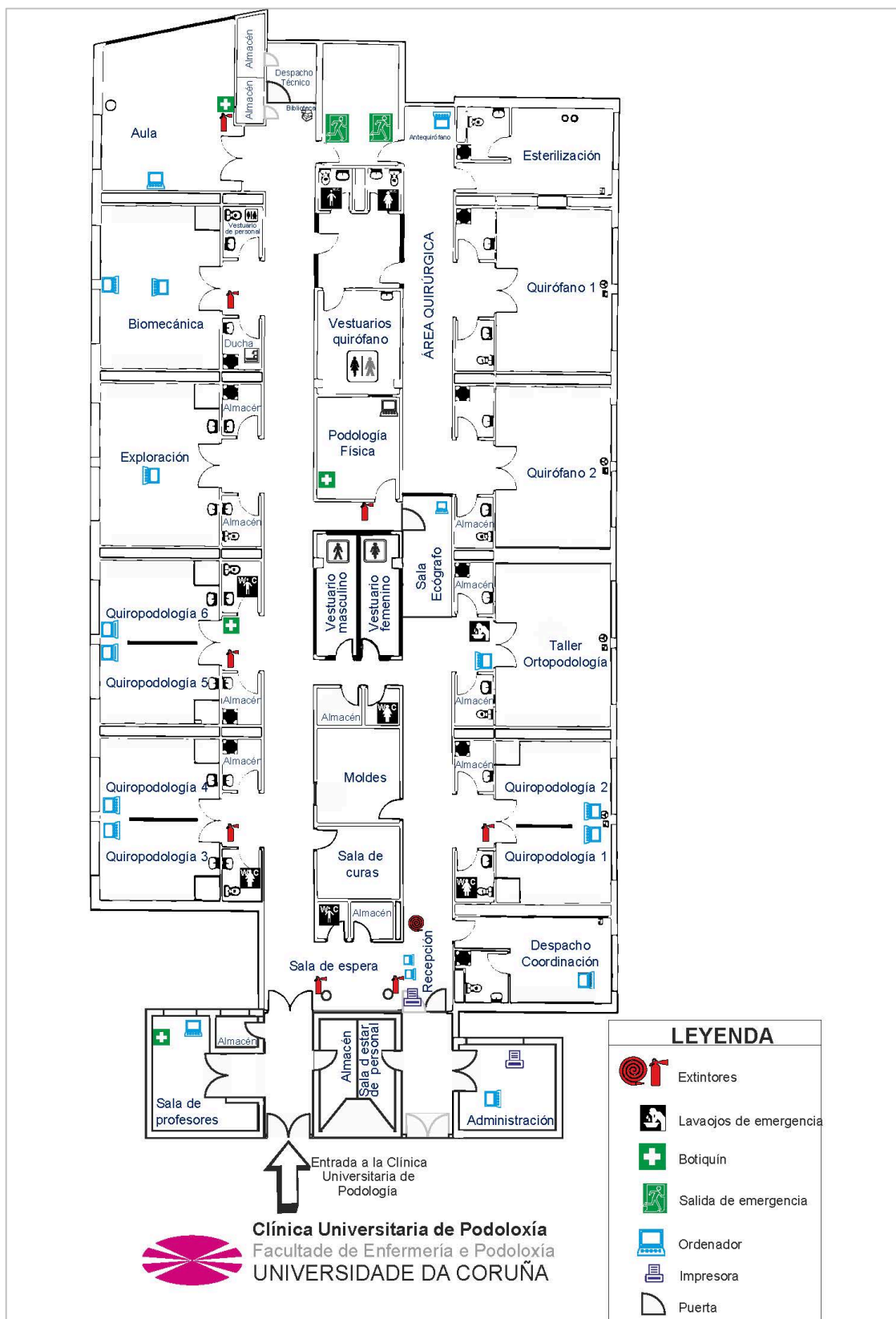


Figura 3. Plano de la Clínica Universitaria de Podología

2. CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN

La revisión de la literatura ha mostrado el contexto, el alcance y los resultados de la investigación, hasta el momento, de la evaluación de la CA en el ámbito sanitario y podológico.

Es necesario evaluar la CA en la práctica podológica. La evaluación de la calidad ayudará a conocer la realidad de la práctica asistencial y qué hacer para mejorarla. Así mismo, contribuirá a plantear las intervenciones posibles y necesarias para aumentar el nivel de CA en la profesión.

Además, es necesario conocer la opinión del paciente en la evaluación de la calidad y dirigir las intervenciones hacia la satisfacción del mismo. Evaluar la CA a través de la STFP permite la identificación de problemas y de elementos a mejorar, así como comprender las necesidades del paciente y elaborar planes de calidad más eficaces y mejor perfilados.

Tal y como recoge el propio código deontológico de la Podología “Todos los pacientes tienen derecho a una atención podológica de calidad científica y humana. El Podólogo tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional, comprometiéndose a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte podológico del momento y las posibilidades a su alcance”.

El estudiante de Grado en Podología debe formarse en CA en el desarrollo de las prácticas clínicas. Así lo recoge la propia orden CIN/728/2009 que, dentro del módulo de practicum, exige que los estudiantes deben alcanzar la competencia de “garantizar la calidad asistencial en la práctica de la podología”.

Para poder asegurar la formación en CA, los gestores de las clínicas universitarias de Podología deben establecer planes de calidad que involucren en el mismo a los proveedores (alumnado y docentes), al personal de servicios, así como, a los propios pacientes.

Tan sólo existe un único estudio realizado en España en el ámbito clínico podológico universitario¹¹⁹ y ninguno en la práctica profesional que evalúe la CA podológica. En el ámbito internacional, no se han publicado estudios sobre la evaluación de la calidad a través de los resultados de la atención y la STFP.

Además, la mayoría de los autores y organismos nacionales e internacionales^{1,48,65-69}, coinciden en la importancia de medir la STFP combinando la metodología cuantitativa y cualitativa, con el objetivo de comprender mejor la STFP y conocer áreas inaccesibles por otros modos, permitiendo así determinar planes de mejora específicos para cada servicio.

A lo largo de los años, en la CUP de la UDC se han ido identificando progresivamente diferentes necesidades de mejora, así como implementando medidas correctoras en la gestión y CA del centro. Sin embargo, debe partirse de la base de que mientras una organización no sea capaz de medir los diferentes elementos que terminan conformando la CA, resulta extremadamente complicado poder afirmar que el servicio prestado resulta de calidad. Esta realidad es aplicable tanto a la CUP como a cualquier otro centro sanitario que ofrezca servicios de atención podológica. La medición y cuantificación estandarizada de este constructo debe ser un requisito indispensable para poder reconocer áreas deficitarias y diseñar planes de mejora que respondan a las necesidades identificadas.

Es por ello que, se hace imprescindible la evaluación de la calidad de la asistencia en el ámbito podológico, tanto universitario, como profesional.

Una buena forma de comenzar la evaluación de la CA, por la gran cantidad de información aportada y por constituir el centro de cualquier programa de calidad en el ámbito sanitario, es hacerlo a través de la STFP, en base a los resultados de la asistencia recibida. Además, tal y como señala la bibliografía, la metodología más adecuada para evaluar la STFP es a través de la combinación de la metodología cuantitativa y cualitativa, buscando la complementariedad y convergencia de sus resultados, especialmente cuando existen un contexto con ciertas particularidades como es el caso de la CUP.

Por todo ello, se identifica una necesidad que proponemos comenzar a investigar y así poder dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Se está ofreciendo una asistencia de calidad en la CUP de la UDC?

¿Cuáles son los elementos a mejorar según la perspectiva del paciente?

3. CAPÍTULO 3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos del estudio

3.1.1 Objetivo general

Evaluar la calidad asistencial desde la satisfacción del paciente de la CUP de la UDC.

3.1.2 Objetivos específicos de la fase cuantitativa

- Conocer e identificar el perfil socio-demográfico de los usuarios de la CUP de la UDC.
- Confirmar la validez de constructo del instrumento de medida utilizado en la investigación “Cuestionario sobre la calidad de la atención en el Área Clínica de Podología”.
- Establecer el nivel de satisfacción de los pacientes de la CUP de la UDC.
- Identificar los factores que determinan la STFP y su relación con la misma.
- Identificar áreas de mejora en la gestión y calidad de los servicios de la CUP.

3.1.3 Objetivos específicos de la fase cualitativa

- Describir la satisfacción percibida por los pacientes de la CUP de la UDC.
- Identificar factores que los pacientes describen como condicionantes de su experiencia en la atención de la CUP de la UDC.

3.2 Posición de la investigadora

Desde un punto de vista metodológico y con la finalidad de controlar la posibilidad de introducir algún tipo de sesgo, en cualquier investigación que se desarrolla en el seno de una organización, resulta de vital importancia definir con claridad qué posición ocupa el o la investigadora dentro de la misma. De este modo, en el momento en que se plantea y diseña metodológicamente el presente estudio, la investigadora principal se encuentra desarrollando su función como podóloga y docente del Grado en Podología en la Facultad de Enfermería y Podología de la UDC y, al mismo tiempo, como Vicedecana responsable de la dirección técnica de la CUP.

Entre las funciones docentes se encuentra la docencia-asistencial, desarrollada desde el año 2011 en la CUP, en las materias de Practicum, junto a otros compañeros y compañeras titulados en Podología.

Las tareas de gestión que implican la dirección técnica de la CUP, se sustentan en el principio básico de la búsqueda de la mejor CA en los servicios prestados a los usuarios del centro. El objetivo perseguido es ofrecer la mejor asistencia a los pacientes que acuden a la CUP y, al mismo tiempo conseguir que el alumnado del Grado en Podología adquiera sus competencias, conocimientos y destrezas dentro de un modelo formativo con elevados estándares de CA.

En este sentido, cabe señalar que la investigadora principal cuenta con un profundo conocimiento de la organización objeto de estudio, que comienza a gestarse durante su formación como estudiante universitaria formando parte de la 2ª promoción de Diplomados en Podología de la Facultad de Enfermería y Podología de la UDC, y teniendo la oportunidad de cursar las prácticas clínicas en la CUP durante su segundo año de funcionamiento. Se podría decir pues, que, en diferentes etapas y realidades temporales, la investigadora ha podido acumular diferentes puntos de vista como alumna, docente y también gestora sanitaria de la CUP.

Coincidiendo en el tiempo con las experiencias anteriores, ha compaginado su labor profesional en el ámbito privado, lo que le ha permitido conocer otra perspectiva de la asistencia podológica. Esto permite igualmente establecer comparaciones con otras referencias en la búsqueda de la calidad.

4. CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

Partiendo de los intereses y objetivos del estudio se ha realizado un estudio mixto (*mix-methods*) con una estructura convergente, con la intención de explotar la complementariedad de las metodologías tanto cuantitativa como cualitativa.

Esta complementariedad de los resultados que proporcionan ambas aproximaciones se construirá y verá plasmado en los apartados tanto de discusión como de conclusiones.

La investigación de campo se ha llevado a cabo entre los meses de febrero y mayo de 2017.

La población de estudio la componen los pacientes que acuden a consulta a la CUP de la UDC.

4.1 Diseño y procedimiento de la fase cuantitativa.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, para llevar a cabo la fase cuantitativa, se ha elegido un estudio descriptivo transversal de tipo observacional, utilizando un procedimiento de recogida de información mediante encuesta y empleando la técnica del cuestionario.

El hecho de llevar a cabo una investigación mediante encuesta y, por lo tanto, de carácter descriptivo y no experimental, se fundamenta en la necesidad de obtener una gran cantidad de información que permita caracterizar a una población y observar las relaciones entre distintas variables.

Se llevó a cabo un muestreo consecutivo, incorporando en la muestra a todos aquellos usuarios que voluntariamente aceptaron participar durante el periodo de recogida de datos.

Una vez finalizada la asistencia del paciente y tras su salida por la puerta principal de la CUP la investigadora (vestida de calle y nunca en su horario habitual de consulta con el objetivo de diferenciar claramente el rol asistencial del de gestión) informó a cada paciente sobre la posibilidad e interés de participar en el estudio con la finalidad de evaluar la calidad de la asistencia ofertada en el centro.

Se establecieron como criterios de inclusión los siguientes:

- Pacientes que fuesen asistidos en la CUP ese día.
- Pacientes con la capacidad sensorial y cognitiva para poder entender y cumplimentar el cuestionario.
- Pacientes que aceptaran participar en el estudio voluntariamente después de facilitarles toda la información necesaria.
- Pacientes que tuvieran la mayoría de edad cumplida (18 años).

No se consideró la necesidad de establecer ningún criterio de exclusión más allá de los ya considerados implícitamente en los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

A los participantes que deseaban participar se les hizo entrega del cuestionario (Anexo I), que debían cumplimentar ellos mismos de forma anónima. Se insistió sobre la necesidad de contestar de forma totalmente sincera a cada uno de los ítems. Para garantizar el anonimato, una vez cumplimentado, debían depositarlo en una urna común ubicada a tal efecto.

Se acondicionó un espacio apropiado colocando sillas y mesas en una sala para que los participantes pudiesen cubrir el cuestionario cómodamente y con intimidad.

4.1.1 Justificación del tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se realizó en base al objetivo principal del estudio, centrado en determinar la percepción de CA de los pacientes de la CUP a través de un instrumento previamente validado. Por tanto, en última instancia y desde un punto de vista pragmático, se pretende determinar una media en una población. El tamaño de la población, aunque podría ser determinado en términos de número de pacientes atendidos en el histórico o número de pacientes atendidos por periodo de tiempo, es variable y a efectos prácticos tiende al infinito. De este modo, se empleará la siguiente fórmula para determinar una media en una población infinita:

$$n = \frac{Z\alpha^2 * S^2}{d^2}$$

Donde:

El tamaño muestral quedaría representado por “n”

Zα sería el nivel de confianza o valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

S² representaría la varianza de la variable considerada (equivalente al cuadrado de la desviación estándar y que puede obtenerse de estudios similares o pilotajes)

d aludiría al nivel de precisión absoluta, esto es a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

Por tanto, para un nivel de confianza el 95% el valor de $Z\alpha$ toma un valor de 1,96. Por su parte, los valores de dispersión ($DE=0,385$) informados por Coheña et al¹²⁰ para el total del cuestionario en un trabajo en un contexto docente asistencial similar al presente, suponen una varianza igual a 0,148. Por último, el nivel de precisión absoluta elegido será de 0,05, lo que representa un 1% de la máxima puntuación posible.

$$n = \frac{1,96^2 * 0,148}{0,05^2}$$

La sustitución de los valores en la fórmula estima necesario un mínimo tamaño muestral de 227,42 participantes para poder determinar la media con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 1%.

No obstante, debido a que se ha planteado también como objetivo comprobar la estructura factorial del instrumento, es necesario corregir ligeramente al alza el tamaño muestral. De este modo, siguiendo las actuales recomendaciones revisadas por Lloret-Segura et al¹²³, y con el objetivo de garantizar la posibilidad de llevar a cabo el análisis factorial exploratorio se decidió incrementar el tamaño muestral hasta un mínimo de 300 sujetos, asumiendo la posibilidad de que los datos podrían presentar una condición entre moderada y mínima para su factorización.

Finalmente, los sujetos que han conformado la muestra de la fase cuantitativa participando en el estudio durante el periodo de recogida de datos (febrero a mayo de 2017) fueron 315 pacientes. Cabe señalar que durante el citado periodo un total de 14 pacientes rehusaron participar en el estudio alegando que debían atender otros compromisos y no disponían de tiempo para la cumplimentación del cuestionario, lo que sitúa la tasa de rechazo en un valor de 4,3%. Considerando que el número de pacientes que recibe atención podológica en la CUP cada curso académico ronda aproximadamente los 1500, se ha encuestado aproximadamente al 21% de los usuarios del centro en ese año, lo que configura una muestra altamente representativa de la población.

En relación a la adecuación del tamaño muestral para efectuar el análisis factorial, debe señalarse que finalmente los datos recogidos presentaron una condición moderada en atención a sus comunualidades (mayoritariamente entre 0,40 y 0,70) así como al número de ítems por factor identificado¹²³, sobrepasando así el mínimo de los 200 sujetos requeridos.

4.1.2 Instrumentos de medida

La herramienta de recogida de datos que se empleó se compone de un cuestionario para evaluar la percepción de la CA en el ámbito específico de Podología (Anexo I). El *Cuestionario sobre la calidad de la atención en el Área Clínica de Podología* se trata de un instrumento auto-administrado en formato A4, que permite de forma voluntaria anónima medir la percepción de la CA experimentada. Tal y como se ha anticipado, dicho instrumento ha sido validado previamente en un contexto similar, en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla¹²⁰.

De acuerdo con sus autores, este cuestionario fue elaborado principalmente a partir de los modelos SERVQUAL, SERVPERF y SERVHOS. Para su adaptación al contexto podológico se realizaron varios cambios, reformulando las preguntas y suprimiendo algunos ítems, hasta conseguir un cuestionario de fácil comprensión y manejo, diseñado específicamente para su administración a pacientes y/o usuarios de servicios de atención podológica.

El cuestionario contiene indicadores de diferentes dimensiones, que se responden a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 “muy mal” a 5 “muy buena”), así como otras preguntas sobre el grado de satisfacción y datos socio-demográficos del paciente. Esta escala contiene un total de 24 ítems que se agrupan en cinco factores que tratan de medir las diferentes dimensiones que afectan a la CA podológica percibida por el paciente: aspectos clínicos, información, administración e instalaciones, tiempos y esperas, y, accesos.

Coheña et al¹²⁰ han evaluado las características y propiedades psicométricas del cuestionario. Han empleado el análisis factorial exploratorio para testar su validez de constructo identificando una estructura factorial compuesta por cinco factores que explican una proporción importante de la varianza del modelo (64,1%). Por su parte, reportaron una fiabilidad elevada con un Alpha de Cronbach de ,910, concluyendo que es un cuestionario fiable, válido y operativo.

4.1.3 Técnicas de análisis de datos utilizadas

Los datos procedentes de los cuestionarios debidamente cumplimentados por los 315 pacientes de la CUP fueron analizados con el software estadístico SPSS® versión 25 para Windows. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales, y como método de rotación, la normalización Varimax con Kaiser.

Posteriormente, una vez identificada la estructura factorial subyacente a la muestra empírica, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos a través de medidas de tendencia central, dispersión o posición apoyado por su representación gráfica.

Finalmente, presumiendo una distribución *gaussiana* de los datos dado que el tamaño de la muestra y submuestras supera ampliamente lo dispuesto en el teorema central del límite¹²⁴, se llevaron a cabo pruebas de comparación de medias entre grupos empleando análisis de la varianza o la prueba T de Student para muestras independientes según correspondiese.

4.2 Diseño y procedimiento de la fase cualitativa

4.2.1 Muestra

Se definieron como informantes del estudio los pacientes de la CUP que recibieron atención podológica durante el periodo de recogida de datos (coincidente con la fase cuantitativa de febrero a mayo de 2017).

Para la selección de los participantes se llevó a cabo un muestreo opinático, aunque se tuvo en cuenta el constructo teórico de la STFP. Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado por obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos¹²⁵.

Los perfiles de los participantes se definieron en base a la búsqueda de la representatividad de la muestra y de los datos de fácil acceso y mínimos para la gestión de las citas. Para ello se tuvo en cuenta el sexo, la edad, el servicio al que acudían y si era su primera visita a la CUP. Se estableció una tabla de perfiles típicos que representaba a la población de estudio (Anexo II).

La captación de los participantes se hizo en la propia clínica en diferentes días y horarios, y nunca coincidiendo con la recogida de datos relativa a la fase cuantitativa. De este modo, se buscaron de modo intencionado, los perfiles previamente descritos. Una vez finalizada la consulta del paciente y los trámites en administración, la investigadora solicitó a los pacientes su participación en el estudio. A los que deseaban participar se les hacía entrega de la hoja informativa (Anexo III) y el consentimiento informado (Anexo IV) para su aceptación previa. Todos los participantes a los que se solicitó su colaboración decidieron participar en el estudio.

4.2.2 Herramientas de recogida de datos

La entrevista semiestructurada fue la técnica empleada. Se realizó siguiendo un guion temático (Anexo V) elaborado en base a la bibliografía revisada y al objetivo de la investigación.

Antes de proceder a las preguntas, la investigadora intentó despertar el interés del participante y destacó la importancia de su participación en el proyecto, así como la confidencialidad de la información. Durante la ejecución de las entrevistas la investigadora intentó causar una buena impresión y manejó siempre un trato agradable.

Inicialmente se comenzó formulando preguntas generales (ver guion temático Anexo V), para poco a poco solicitar información más concreta.

En el transcurso de la recogida y análisis premilinar de los datos, una vez entrevistados 18 pacientes, se identifican descripciones de los informantes que coincidían en un alto nivel de satisfacción. La investigadora, en un ejercicio de extrañamiento, ante lo obvio decide incluir dos preguntas adicionales (Anexo V) que permitan indagar en si la naturaleza docente y de acceso gratuito de la atención de la CUP condicionan la experiencia de la satisfacción.

Otra herramienta utilizada fue el diario de campo (Anexo VI). Con el fin de facilitar la veracidad y la inmediatez en la recogida de información se elaboró un formato de diario atendiendo a las dimensiones temáticas, metodológicas y de reflexividad de la investigadora.

Las entrevistas fueron realizadas en una sala de la propia clínica habilitada para ello, con las condiciones de comodidad y tranquilidad necesarias, favoreciendo la privacidad. Las sesiones fueron grabadas en soporte de audio, con la debida aprobación de los asistentes, garantizando la confidencialidad de la información.

El criterio utilizado para finalizar la recogida de datos cualitativos fue haber alcanzado la saturación teórica en la entrevista número 31.

4.2.3 Análisis cualitativo

Este diseño se ha establecido partiendo de la premisa de que el propósito del análisis de datos es preservar lo que es único en cada experiencia de los participantes y permitir una comprensión del fenómeno de estudio.

Los datos fueron analizados mediante la propuesta fenomenológica de Colaizzi, según la revisión realizada por Sanders¹²⁶ :

1. Primera escucha de las grabaciones de las entrevistas realizadas sin tomar ningún tipo de apunte, siendo en la segunda escucha cuando se llevó a cabo su transcripción literal.
2. Lectura en profundidad de las descripciones de las participantes para adquirir una sensación global de su experiencia y darle sentido a su relato.
3. Fragmentación y codificación, asignándole a cada idea o concepto descubierto y transcrito un código. Posteriormente, los códigos relacionados entre sí fueron reunidos bajo una misma categoría. De esta forma se pudieron realizar comparaciones entre las etiquetas pertenecientes a una misma categoría, observar similitudes y diferencias, y analizar posibles contrastes.
4. Integración de los hallazgos organizados en temas a través de una descripción exhaustiva para visibilizar la estructura del fenómeno a estudio.
5. Validación de los hallazgos por parte de los expertos.

4.2.4 Rigor metodológico cualitativo

En este punto se detallan los criterios y las estrategias necesarias que se han tenido en cuenta para garantizar la calidad de la investigación cualitativa. El rigor y calidad de la investigación se han evaluado en cada una de las etapas de la investigación y en el estudio como un todo. Los criterios generales de calidad sobre los que se ha basado el estudio son: la adecuación teórico-epistemológica, la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia o consistencia, la confirmabilidad o reflexividad y la relevancia del estudio¹²⁷.

Los mecanismos utilizados para asegurar el rigor metodológico en base a estos criterios han sido los siguientes:

1. **Revisión de la relación problema-método-diseño.** Desde las primeras etapas de la investigación se ha asegurado la coherencia lógica del problema de investigación y la metodología propuesta, el diseño y la teoría. Observando la relación adecuada entre el problema y el tipo de

investigación que hemos propuesto, la relación adecuada entre el objetivo y el método (inclusión de más preguntas en la entrevista) y la relación adecuada del problema y los objetivos con la teoría.

2. **Diseño adecuado de la muestra.** Se ha intentado buscar la representatividad de la muestra definiendo y seleccionando a las personas que poseían las características más relevantes al fenómeno estudiado (pacientes de la CUP de diferentes edades, sexo, diferentes servicios, y primeras visitas o sucesivas).
3. **Desarrollo sistemático y descripción detallada del proceso de investigación:**
 - i. **Desarrollo sistemático y cuidadoso del trabajo de campo.** La recogida de datos se ha realizado de manera sistemática con ayuda de la guía de entrevistas. Y, al mismo tiempo, el registro de los datos se ha documentado a través de la grabación de las entrevistas y posterior transcripción, así como, del diario de campo.
 - ii. **Análisis de los datos sistemático y descripción clara y precisa.** El análisis de los datos se ha realizado de forma sistemática y se han descrito de manera clara y precisa, de tal modo que pueda ser revisado por otros y permitir entender cómo se construyó el sentido del problema del estudio.
 - iii. **Descripción detallada de todo el proceso de investigación.** Se ha descrito de manera detallada todo el proceso de investigación, es decir: diseño del estudio, muestra, estrategias de recogida de datos, técnicas, estrategia de análisis, resultados y área de estudio, así como el posicionamiento de la investigadora.
4. **Triangulación:**
 - i. **Triangulación de investigadores.** Se ha llevado a cabo una triangulación de análisis por parte de otra investigadora con distinta formación y experiencia, buscando dos visiones distintas para reducir los sesgos en la interpretación y mejorar la consistencia de los resultados.
 - ii. **Triangulación de metodologías.** Se ha abordado el problema desde diferentes metodologías (cualitativa y cuantitativa), con el objetivo de complementar y dimensionar el alcance de los resultados.
5. **Exploración de explicaciones alternativas y búsqueda de casos negativos.** Se han explorado explicaciones alternativas a los datos recogidos y se han buscado aquellos elementos que contradijesen la explicación del fenómeno que emergía.
6. **Auditoría externa.** Con el fin de ayudar a controlar el tratamiento o interpretación que la investigadora hizo de los datos, se llevó a cabo una auditoría externa de los resultados con dos profesionales de la Podología y docentes de la CUP.

4.3 Aspectos éticos y legales

El estudio se llevó a cabo siguiendo las normas de buena práctica en investigación con seres humanos, que recogen, sintetizan y adaptan las normativas internacionales y nacionales en materia de ética de la investigación con las personas.

La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de la declaración universal de la UNESCO sobre el genoma humano y del consejo de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina.

Previamente a la realización del estudio se solicitó por escrito la autorización a la Decana de la Facultad de Enfermería y Podología de la UDC y al Comité Ético de Investigación da Universidade da Coruña, obteniendo de ambos un informe favorable.

Durante todo el transcurso de la investigación se garantizó el anonimato de los datos recabados.

FASE CUANTITATIVA

Se utilizó un cuestionario anónimo a cumplimentar por el propio participante. La investigadora previamente, de forma verbal, facilitó toda la información a los participantes aclarando sus dudas y pidiendo su aprobación. Si el participante aceptaba participar en el estudio se le hacía entrega del cuestionario. Para garantizar el anonimato, una vez cubierto debían depositarlo en una urna común ubicada a tal efecto.

FASE CUALITATIVA

Se utilizó consentimiento informado con cada uno de los participantes (Anexo IV). Antes de la firma del mismo, se facilitó la hoja de información (Anexo III) asegurando que tuviesen el tiempo necesario para reflexionar sobre su participación, así como la oportunidad de clarificar cualquier duda.

La anonimización de las entrevistas se llevó a cabo de la siguiente manera:

Cada entrevista se identificó con un código que incluye los siguientes números y letras (Tabla 7).

Tabla 7. Codificación de entrevistas	
Nº DE ENTREVISTA	(EXX)Puede contener entre 1 y 2 dígitos
SEXO	Hombre (H)
	Mujer (M)
EDAD	18-39 años (18-39)
	40-60 años (40-60)
	+ 60 años (+60)
SERVICIO	Quiropodología (Q)
	Ortopodología (O)
1ª VISITA	Sí
	NO

Como ejemplo de la codificación de las entrevistas (ver tabla 7), podemos ver el siguiente:

“E14_H_40-60_Q_SÍ” Este código perteneció al participante número 14. Era un hombre, de entre 40-60 años de edad, que acudió al servicio de Quiropodología y Cirugía y, es su primera visita a la CUP.

En el proceso de transcripción se depuraron las entrevistas de aquella información que pudiese cuestionar el anonimato. Una vez transcritas las entrevistas, se destruyeron las grabaciones de audio.

5. CAPÍTULO 5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Análisis cuantitativo de los datos

5.1.1 Descripción de la muestra

A continuación, se detallan las características sociodemográficas de la muestra estudiada, dando respuesta al primer objetivo específico planteado en la fase cuantitativa: *Conocer e identificar el perfil socio-demográfico de los usuarios de la CUP de la UDC.*

Los sujetos que han conformado la muestra de la fase cuantitativa del estudio ascienden a un total de 315 pacientes de la CUP de la UDC, todos los cuales acudieron a consulta durante el periodo de recogida de datos (febrero a mayo de 2017). Las características del total de la población estudiada se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Características sociodemográficas de la muestra	
VARIABLE	FRECUENCIA
Sexo	
Mujer	75,8%
Varón	24,2%
Nivel de estudios	
Sin estudios	7,4%
Estudios medios	70,4%
Estudios universitarios	22,2%
Actividad desarrollada	
Estudiante	6,1%
Trabajo doméstico	14,1%
Profesional en activo	33,3%
Profesional situación desempleo	10,6%
Jubilado/a	35,9%
Lugar de residencia	
Ferrol	47,8%
Comarca Ferrolterra	44,2%
Otros	8%
Servicio utilizado	
Quiropodología	47,6%
Ortopodología	39,4%
Ambos servicios	13%

En relación a la distribución por sexo, cabe destacar que un 75,8% de la muestra fueron mujeres y un 24,2% varones (ver Figura 4). Esto supone una representación bastante fiel de la habitual distribución por sexo de la patología podológica, donde existe una clara mayoría femenina¹²⁸⁻¹³⁰

La media de edad de la muestra estudiada es de 55,98 años, con edades comprendidas entre los 18 y 93 años.

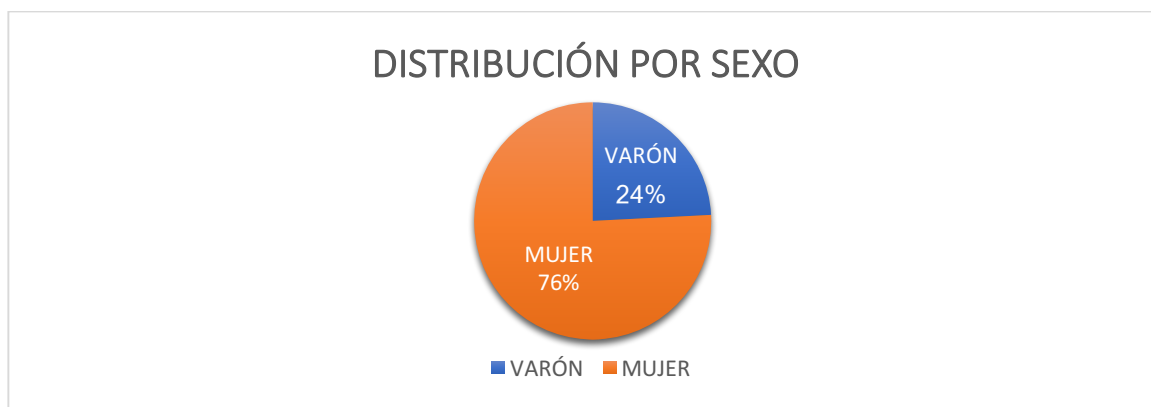


Figura 4. Distribución por sexo para el total de la muestra.

En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de los participantes (70,4%) contaba con estudios primarios o secundarios, el 22,2% estudios universitarios y el 7,4% no poseía estudios (ver Figura 5).

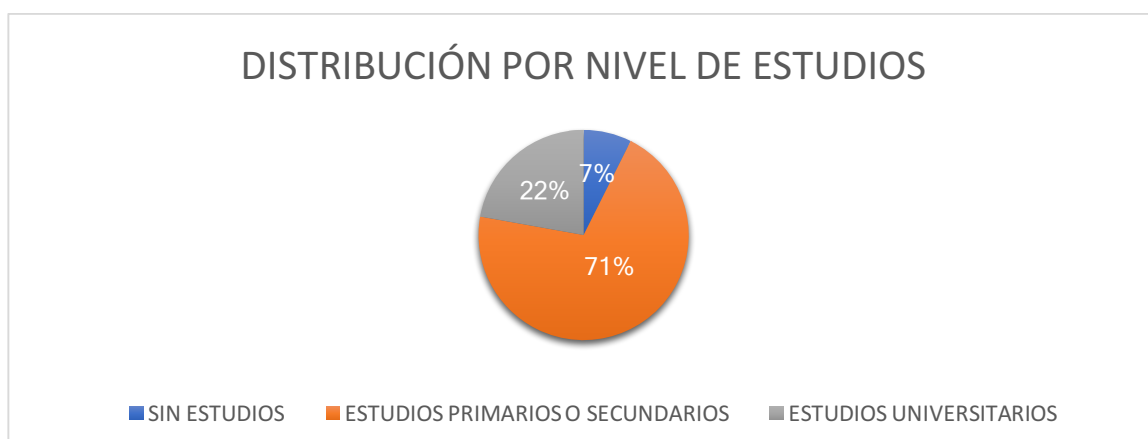


Figura 5. Distribución por nivel de estudios para el total de la muestra.

En lo relativo a la distribución por actividad, existe un discreto predominio de pacientes jubilados (35,9%), seguido de trabajadores activos en un 33,3%. Adicionalmente, un 14,1% trabajaban en casa, un 10,6% estaba en el paro y un 6,1% eran estudiantes (ver Figura 6).

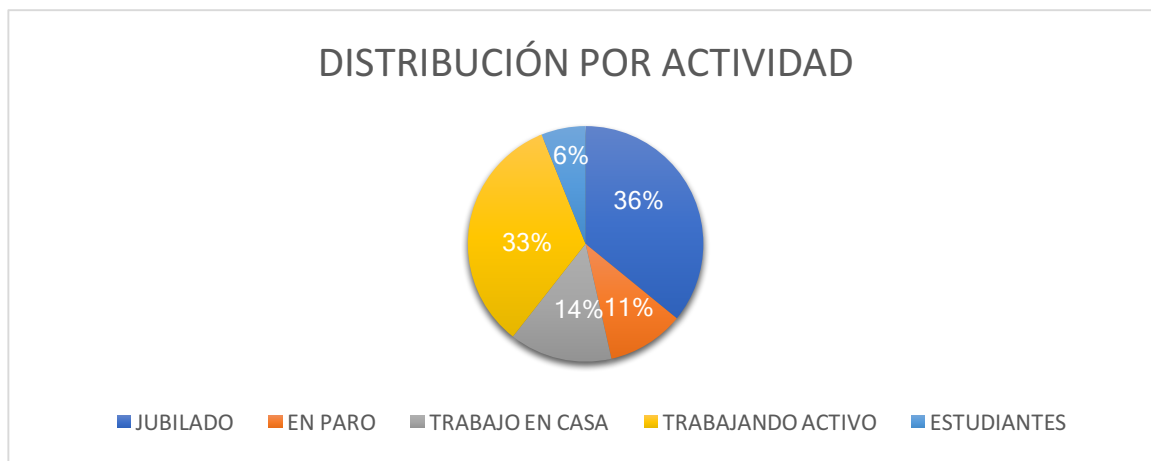


Figura 6. Distribución por actividad para el total de la muestra.

Del total de la muestra estudiada, casi la mitad (47,8%) residía en Ferrol, el 44,2% en distintos municipios de la comarca de Ferrolterra y el 8% restante habitaba en otros lugares (ver Figura 7).

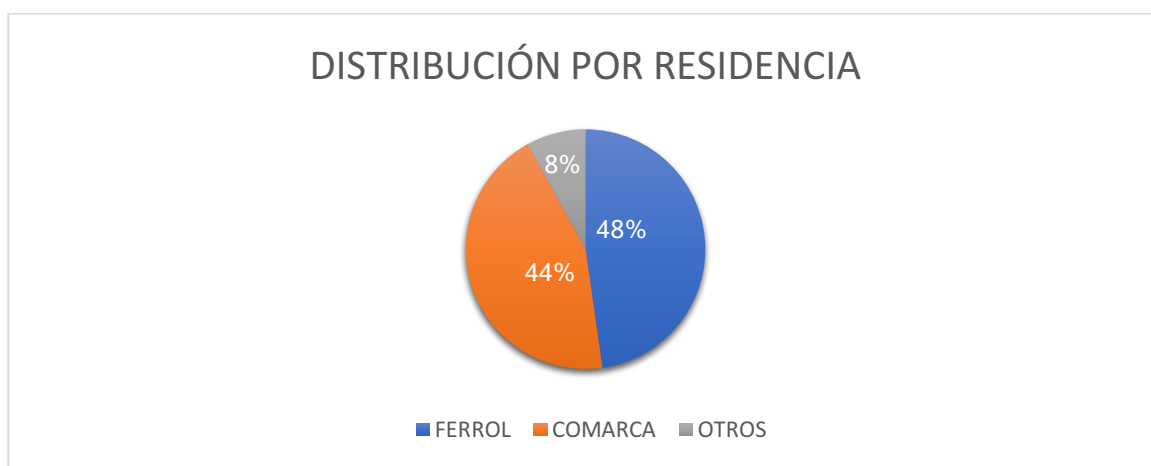


Figura 7. Distribución por lugar de residencia para el total de la muestra.

En cuanto a la distribución de la muestra por el servicio al que acudían, el 47,6% acudía al servicio de Quiropodología, el 39,4% al servicio de Ortopodología, mientras que el 13% restante hicieron uso de ambos servicios (ver Figura 8).

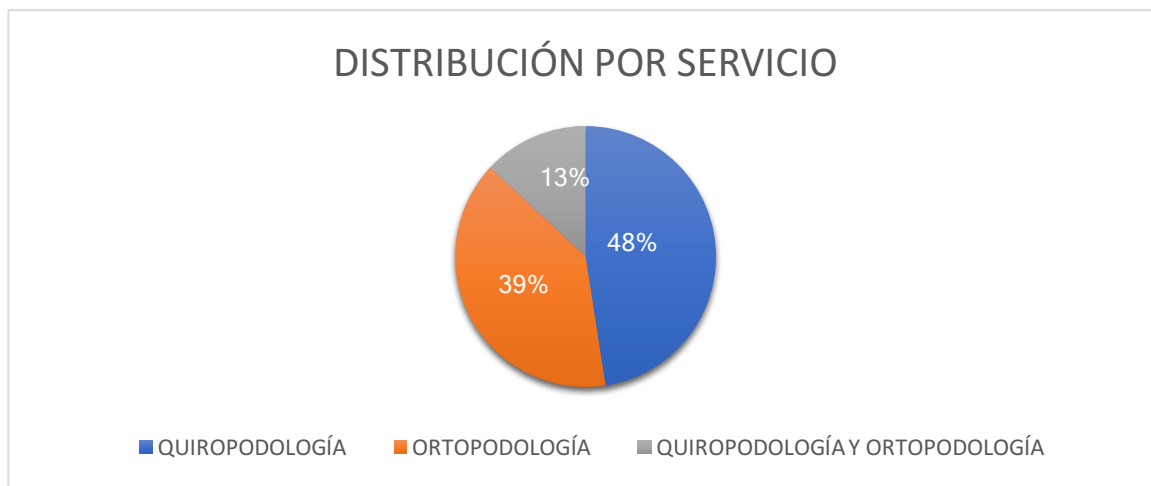


Figura 8. Distribución por servicio para el total de la muestra.

5.1.2 Nivel de satisfacción de los pacientes de la CUP.

A continuación, se exponen los resultados del análisis del nivel de satisfacción y la percepción de la calidad por los pacientes de la CUP de la UDC. Estos datos responden al siguiente objetivo propuesto dentro de la fase cuantitativa: *Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes de la CUP de la UDC.*

La puntuación media obtenida en los 24 ítems que componen el cuestionario es de $4,48 \pm 0,34$, equivalente en términos cualitativos a BUENA. La mediana para el total del cuestionario es de 4,48, y en este caso resulta coincidente con el valor de la puntuación media. Por su parte, la moda es de 4,33. Cabe destacar que el percentil 10 alcanza un valor de 4,03, lo que supone que el 90% de la muestra ha informado de un grado de satisfacción global superior a ese valor y por tanto BUENO.

Adicionalmente, el “Cuestionario sobre la calidad de la atención en el Área Clínica de Podología” (ver Anexo I) presenta unas consideraciones generales que no forman parte de los reactivos que se tendrán en cuenta en el análisis factorial, pero que ofrecen una visión muy sintética sobre la percepción general de los usuarios, de tipo cualitativo, y que por tanto deben someterse a un examen de tipo descriptivo.

De esta forma, la primera de estas cuestiones alude a la satisfacción general (“Indique su nivel de satisfacción global con la atención recibida en la Clínica Universitaria de Podología”). A esta pregunta, el 72.5% de los participantes afirma encontrarse muy satisfecho, el 25,4% satisfecho y tan solo un

1,6% indica encontrarse regularmente satisfecho. Es de destacar que ningún participante señaló las opciones de respuesta “poco satisfecho” o “nada satisfecho” (ver Figura 9).

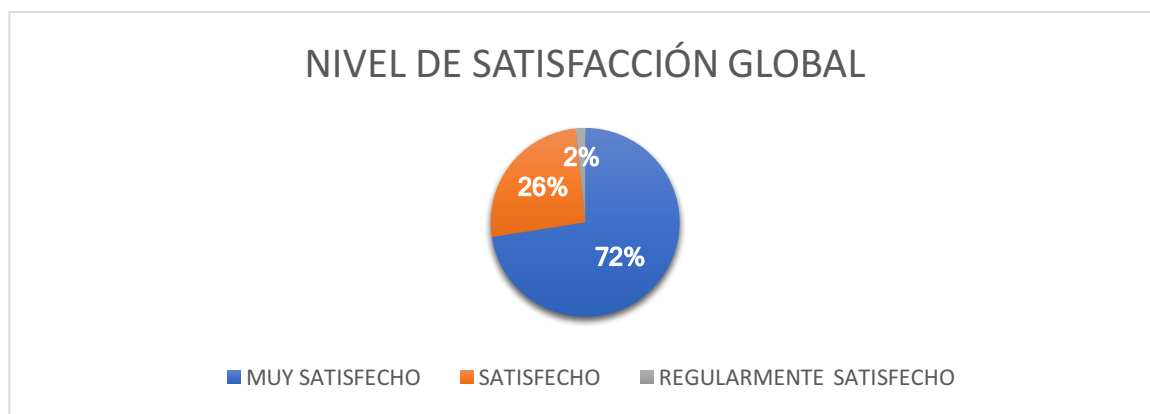


Figura 9. Nivel de satisfacción para el total de la muestra.

A la segunda de las cuestiones generales (“Indique cómo considera que ha sido la calidad de la atención recibida en la Clínica Universitaria de Podología”) el 77% la considera como “muy buena”, mientras que el 23% restante la consideró “buena” y tan solo 1 participante la calificó como “regular”. Al igual que en la pregunta anterior, ningún participante escogió las opciones “mala” o “muy mala” (ver Figura 10).

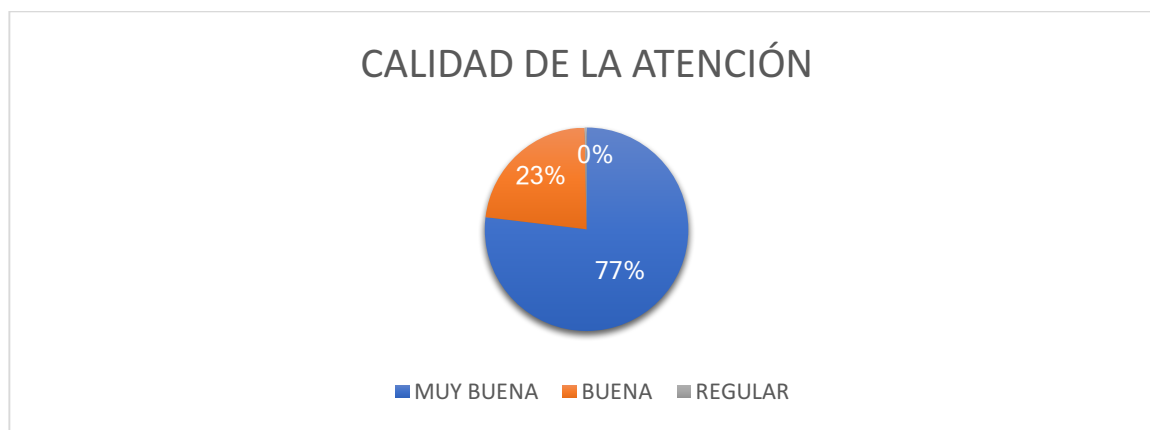


Figura 10. Calidad de la atención para el total de la muestra.

Por último, ante la pregunta “Recomendaría este centro (Clínica Universitaria de Podología) a otras personas”, un 97% de los participantes “lo recomendarían sin dudar”, un 2% tendría dudas, mientras que tan solo 3 participantes no lo recomendarían a otras personas (ver Figura 11).

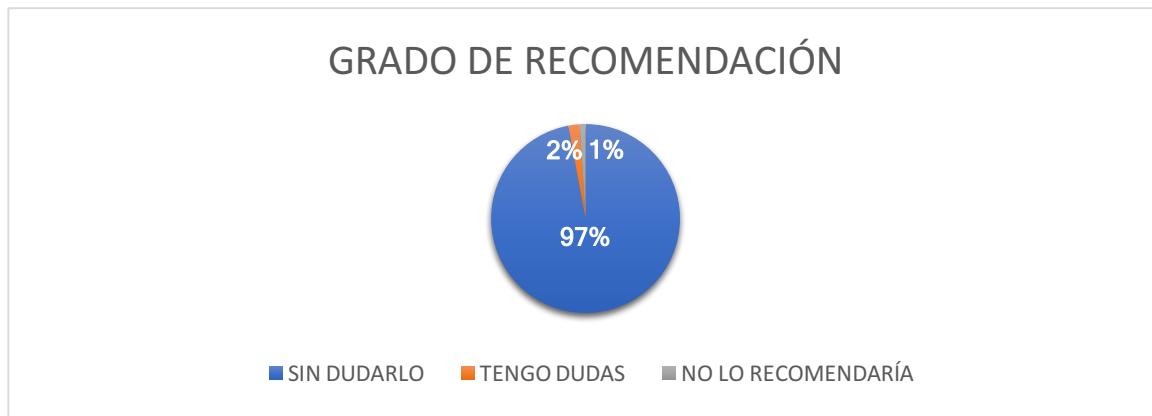


Figura 11. Grado de recomendación para el total de la muestra.

5.1.3 Características y propiedades métricas del cuestionario

En el siguiente apartado, se presentan los resultados del análisis de las características y propiedades métricas del instrumento utilizado en la fase cuantitativa *“Cuestionario sobre la calidad de la atención en el Área Clínica de Podología”*, respondiendo al objetivo específico de: *confirmar la validez del constructo del instrumento*.

5.1.3.1 Análisis de la validez del cuestionario

CORRELACIÓN ENTRE ITEMS.

Del análisis de la matriz de correlaciones (ver Anexo VII) se puede desprender que dos ítems, el 3 y el 24, se muestran muy independientes. El ítem 3 hace referencia a “la facilidad de acceso para llegar al centro (horario, aparcamiento, transporte público, ...)” mientras que el ítem 24 valora si “sabría identificar a las personas que le han atendido (profesor, estudiante, personal auxiliar, ...)”.

Por el contrario, la mayor correlación entre ítems se encuentra entre el ítem 8 “el trato recibido por parte del personal” y el ítem 9 “amabilidad y cortesía del personal que le ha atendido”, y seguida de la del ítem 13 “la información sobre su problema de salud” y el ítem 15 “claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas”.

Análogamente, resulta posible observar que el ítem 13 “la información sobre su problema de salud” correlaciona significativamente con un importante número de ítems (por ejemplo, ítem 14 “la

información facilitada a los familiares”, ítem 15 “la claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas”, ítem 16 “el interés del personal por solucionar el problema de salud” o ítem 19 “su opinión sobre el tratamiento propuesto”).

VALIDEZ DEL CONSTRUCTO

El instrumento seleccionado para evaluar la CA percibida en el contexto específico de un centro docente asistencial universitario de Podología resulta relativamente reciente y ha sido empleado en limitadas ocasiones. Por ello, con el objetivo de contribuir a depurar y refinar el instrumento, se ha considerado oportuno contrastar la estructura factorial propuesta originalmente empleando para ello los datos del presente estudio.

Con el objetivo de contrastar el número de dimensiones que mide el cuestionario, se sometieron los datos a un análisis factorial exploratorio, empleando como método de extracción, el análisis de componentes principales y como método de rotación la normalización Varimax con Kaiser. El valor de la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es igual a 0,889 lo que, sumado a un nivel de significación de la prueba de esfericidad de Bartlett igual a ,001, indica que resulta adecuado proceder a la factorización de las variables con los resultados que se pueden observar en la Tabla 9.

Siguiendo la regla de Kaiser se retuvieron todas aquellas dimensiones que tuvieran un autovalor igual o superior a 1. Para la asignación de los ítems a los factores solo se consideraron saturaciones iguales o mayores de 0,40¹³¹.

El estudio de la dimensionalidad del cuestionario muestra una estructura factorial compuesta por seis componentes que dan cuenta de casi un 61% de la varianza.

En primer lugar, el primer factor estaría constituido por un total de 9 ítems que hacen referencia a cuestiones relacionadas con la asistencia en un sentido amplio, por lo que se ha denominado como **«Aspectos clínicos»**. Esta dimensión por tanto aglutina ítems como el interés (ítem 16) y confianza transmitida por parte del profesional (ítem 17), la información transmitida al paciente (ítem 13) y familiares (ítem 14), la claridad de pautas y tratamiento (ítem 15), la información escrita (ítem 12), su opinión sobre el tratamiento (ítem 19), el seguimiento personalizado (ítem 10) y el cuidado de la intimidad (ítem 18). Cabe señalar que algunos de estos ítems también presentan simultáneamente una carga factorial en el segundo factor, denominado **«Trato»**.

Tabla 9. Matriz de cargas factoriales del Cuestionario para evaluar la calidad asistencial en Podología						
Ítem	Componente					
	1 Aspectos clínicos	2 Trato	3 Infraestructuras	4 Trámites	5 Tiempos	6 Accesibilidad
13_ Información_Problema_Salud	,763					
15_ Claridad_Tratamiento_Pautas	,676					
19_ Opinión_Tratamiento	,639					
17_ Confianza_Seguridad	,618	,404				
16_ Interés_del_Personal	,607	,472				
14_ Información_a_Familiares	,580					
10_ Seguimiento_Personalizado	,543	,484				
12_ Folletos_Informativos	,532					
18_ Cuidado_Intimidad	,440					
9_ Amabilidad_y_Cortesía		,870				
8_ Trato_Recibido		,843				
11_ Satisfacción_Servicio_Precio		,562				
22_ Tecnología_Equipos			,798			
20_ Estado_Físico_Centro			,728			
421_ Comodidad_Sala_Espera			,703			
23_ Señalización_Centro			,564			
1_ Trámites_Admisión				,786		
2_ Trámites_Sucesivas_Citas				,784		
6_ Tiempo_Espera_Atención					,736	
5_ Tiempo_Cita_Consulta					,706	
7_ Horario_Cita					,501	
24_ Identificación_del_Personal						,701
4_ Adaptaciones_Discapacidad						,621
3_ Facilidad_Acceso_Centro						,524
Autovalores	7,72	2,05	1,38	1,21	1,14	1,05
Varianza explicada (%)	32,16	8,56	5,77	5,06	4,75	4,37
Varianza total			60,66%			
Nota: Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.						

El segundo de los factores incluye tres ítems relacionados con la amabilidad y cortesía percibida (ítem 9), el trato en general (ítem 8) y la satisfacción con la relación calidad precio (ítem 11), por lo que se ha denominado **«Trato»**.

La tercera dimensión, denominada **«Infraestructuras»**, incluye a los ítems relacionados con la valoración del estado físico del centro (ítem 20), comodidad de la sala de espera (ítem 21), su señalización (ítem 23) y la tecnología de los equipos (ítem 22).

El cuarto de los factores está conformado por dos ítems relacionados exclusivamente con los trámites de admisión (ítem 1) y de sucesivas citas (ítem 2), por lo que se identificará como **«Trámites»**.

Por su parte, los ítems relativos a los **«Tiempos»** saturan en el quinto de los factores. En concreto, se valoran los horarios de las citas (ítem 7), el tiempo de espera para recibir atención en el centro (ítem 6) así como el tiempo transcurrido entre la solicitud de cita y la fecha de consulta (ítem 5).

El último y sexto factor identificado por el análisis incluye los reactivos vinculados con la facilidad de acceso al centro (ítem 3), las adaptaciones a personas con movilidad reducida (ítem 4) así como la correcta identificación del personal (ítem 24). Por ello, recibe el nombre de **«Acceso»**.

En la Tabla 10, se muestra una comparación entre la estructura factorial propuesta originalmente por Coheña et al.¹²⁰ y la estructura factorial identificada a partir del análisis de los datos empíricos del presente estudio.

CORRELACIÓN ENTRE FACTORES

En la Tabla 11 se muestra la correlación existente entre los seis factores identificados por el análisis factorial. Todas las correlaciones alcanzan la significatividad estadística, y se puede observar una elevada correlación entre los diferentes factores, en especial de la dimensión **«Aspectos clínicos»** con los factores **«Infraestructuras»**, **«Trato»** y **«Tiempos»**.

Tabla 10. Comparativa de factores e ítems entre el estudio original y los resultados de la investigación

ESTUDIO ORIGINAL			PRESENTE ESTUDIO		
1	Aspectos clínicos	10, 16, 18, 19, 21,22,23,24	1	Aspectos clínicos	10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19
2	Información	12, 13, 14, 15, 17	2	Trato	9, 8, 11
3	Administración e instalaciones	1, 2, 8, 9, 11, 20	3	Infraestructuras	20, 21, 22, 23
4	Tiempos y esperas	5,6,7	4	Trámites	1, 2
5	Accesos	3	5	Tiempos	5, 6, 7
			6	Accesibilidad	3, 4, 24

Elaborado a partir de los resultados del estudio de Coheña¹²⁰ y los de la presente investigación.

Tabla 11. Matriz de correlaciones entre factores

Factor	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1_Aspectos clínicos	1					
F2_Trato	,569*	1				
F3_Infraestructuras	,574*	,297*	1			
F4_Trámites	,380*	,386*	,256*	1		
F5_Tiempos	,511*	,348*	,402*	,344*	1	
F6_Accesibilidad	,366*	,194*	,366*	,206*	,320*	1

Nota. *La correlación es significativa en el nivel $p < .01$ (bilateral)

5.1.3.2 Fiabilidad del cuestionario

Se ha obtenido un valor Alpha de Cronbach de ,881 para el total de la escala. Tan solo la eliminación del ítem 3, proporcionaría un incremento en la consistencia interna, obteniendo un valor marginalmente superior (Alpha de Cronbach de ,888), por lo que parece adecuado conservar todos los ítems ya que aportan consistencia interna a la escala (ver Anexo VIII).

5.1.4 Factores de la satisfacción del paciente y su relación con la misma.

Se muestran dentro del siguiente apartado el análisis de los factores determinantes de la STFP de la CUP, respondiendo de este modo al objetivo de: *Identificar los factores que determinan la STFP y su relación con la misma.*

5.1.4.1 Análisis descriptivo de los factores de satisfacción del paciente

La puntuación media obtenida en los 24 ítems que componen el cuestionario es de 4,48. La Tabla 12 recoge los resultados del análisis descriptivo para cada uno de los factores que integran el cuestionario, mientras que la Figura 12 permite visualizar de manera gráfica la satisfacción con los diferentes factores de los pacientes de la CUP.

Tabla 12. Análisis descriptivo para el cuestionario

	N	Media	DE	Asimetría		Curtosis	
				Estad.	Error típ.	Estad.	Error típ.
ASPECTOS CLÍNICOS	315	4,56	0,40	-,99	,14	,81	,27
TRATO	315	4,90	0,24	-2,92	,14	8,15	,27
INFRAESTRUCTURA	315	4,27	0,55	-,32	,14	-,41	,27
TRÁMITES	315	4,73	0,42	-1,21	,14	,05	,27
TIEMPOS	315	4,22	0,61	-,47	,14	-,27	,27
ACCESO	315	4,17	0,63	-,79	,14	,53	,27
TOTAL CUESTIONARIO	315	4,48	0,34	-,51	,14	-,04	,27

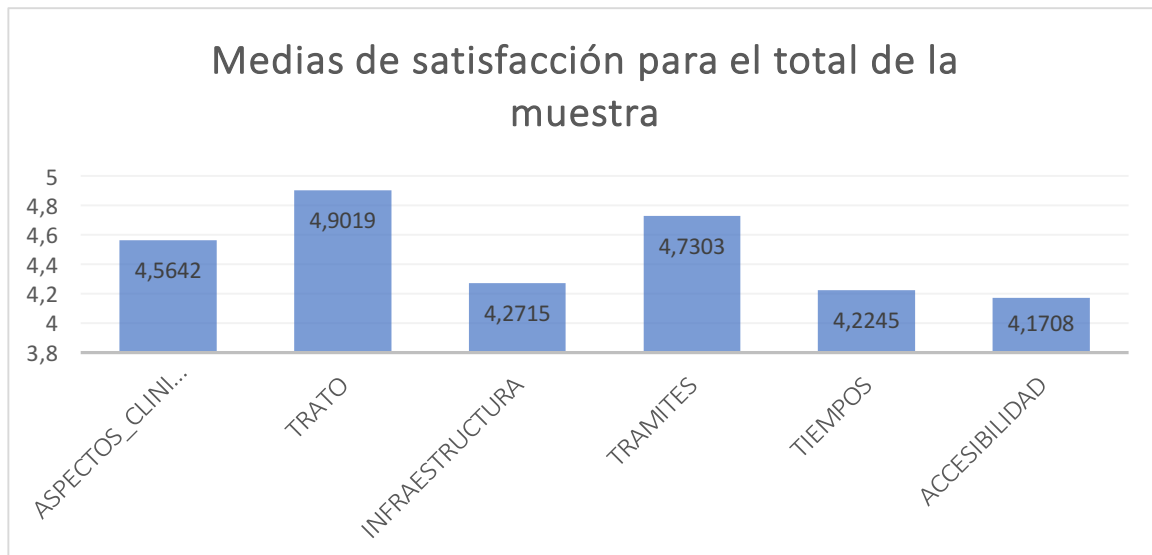


Figura 12. Puntuaciones medias de satisfacción para el total de la muestra.

En una primera aproximación, se puede observar que los aspectos que los pacientes de la CUP señalan como más satisfactorios son el «Trato», los «Trámites» y los «Aspectos clínicos», lo que supone que estos determinantes de la CA resultan los mejor valorados por los pacientes de la CUP. Por el contrario, los factores peor valorados fueron «Infraestructuras», «Tiempos» y «Acceso», con una puntuación media por debajo de la media total del cuestionario.

La distribución de las observaciones para cada uno de los factores puede visualizarse en la Figura 13.

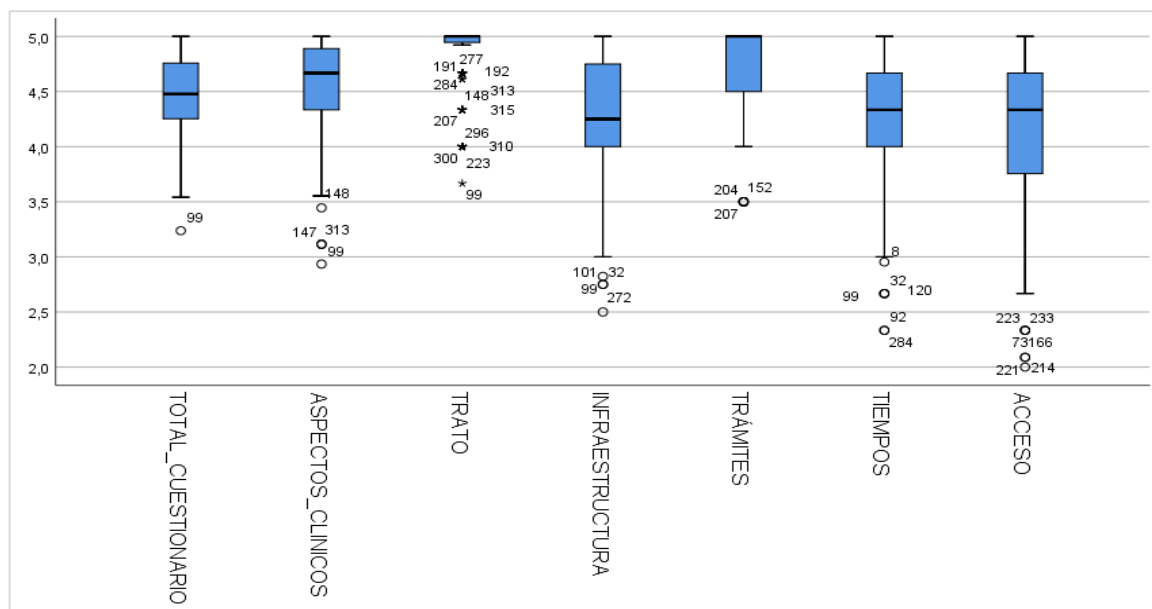


Figura 13. Distribución de las observaciones para cada uno de los factores.

Por otra parte, en la Tabla 13 se muestran las medias de STFP de cada uno de los factores por orden de valoración y se detallan los aspectos valorados en cada uno.

Tabla 13. Factores relacionados con la satisfacción del paciente de la CUP			
ORDEN	MEDIA	FACTOR	ASPECTOS
1	4,90	TRATO	Trato recibido, amabilidad y cortesía y satisfacción en relación al precio.
2	4,73	TRÁMITES	Trámites de admisión y citas sucesivas
3	4,56	ASPECTOS CLÍNICOS	Información al paciente y familiares, su opinión sobre el tratamiento propuesto, interés por parte del personal, confianza y seguridad transmitida y seguimiento personalizado.
4	4,27	INFRAESTRUCTURAS	Estado físico del centro, tecnología de los equipos, comodidad de la sala de espera y señalización dentro del centro.
5	4,22	TIEMPOS	Tiempo desde cita a consulta, tiempo de espera en sala y horario citas.
6	4,17	ACCESIBILIDAD	Facilidad de acceso al centro, adaptaciones para discapacitados e identificación del personal.

Si se analizan los ítems que integran el factor **«Trato»** (ver Anexo IX) se puede observar que todos los ítems resultan muy similares, o lo que es lo mismo, que se trata de un factor que se caracteriza por una gran homogeneidad. Aquellos ítems que obtienen puntuaciones más elevadas por los pacientes de la CUP son la *“amabilidad y cortesía”* y *“trato recibido”*, con valores de 4,94 y 4,93 respectivamente. De ello se deduce que la amabilidad y cortesía del personal y el trato recibido son los aspectos mejor valorados y que más satisfacen a los pacientes de la CUP. Por el contrario, el ítem *“satisfacción con el servicio en relación al precio”* obtiene la puntuación más baja (4,83) dentro del factor **«Trato»**, pero al mismo tiempo elevada con respecto a la media total del cuestionario. Lo que afirma que es un aspecto también bien valorado por los pacientes de la CUP.

Tras realizar ese mismo análisis para los resultados del factor **«Trámites»** (ver Anexo IX), se observa también una gran homogeneidad, de modo que el ítem *“trámites de admisión”* es el mejor valorado con una puntuación media de 4,73, seguido del ítem *“trámites para volver a pedir cita”* con una puntuación de 4,72. De ello se deduce que, los trámites de admisión y citas son también un factor bien valorado por los pacientes de la CUP.

Al analizar el factor **«Aspectos clínicos»** (ver Anexo IX), se pueden observar mayores diferencias entre ítems, el ítem *“interés del personal”* obtiene una puntuación más alta (4,76). Seguido de los ítems *“confianza y seguridad transmitida”* y *“cuidado de su intimidad”*, con puntuaciones de 4,693 y 4,690 respectivamente. Esto indica que el interés mostrado por los proveedores de salud por solucionar su problema, la confianza y seguridad transmitida y el cuidado de su intimidad, son otros de los aspectos mejor valorados por los pacientes de la CUP. El resto de los ítems que integran este factor relacionados con aspectos de información, en su mayoría son valorados por encima de la media del cuestionario, con valores entre 4,68 y 4,41. Por el contrario, la disponibilidad de información escrita (folletos, dípticos,...) en la CUP constituye el aspecto peor valorado por los pacientes dentro del factor **«Aspectos clínicos»**, con un valor de 4,11, por debajo de la media del total del cuestionario. Por lo tanto, se deduce que la información escrita representa un elemento de potencial mejora.

En lo que concierne al factor **«Infraestructuras»** al realizar el mismo análisis (ver Anexo IX), se observan resultados muy homogéneos, pero con puntuaciones inferiores a la media total del cuestionario, por lo que forma parte de los factores peor valorados. En este caso, el ítem mejor valorado es *“el estado físico del centro”* con una puntuación de 4,37. Con resultados discretamente más bajos se encuentran el resto de ítems *“la tecnología de los equipos”*, *“la señalización dentro del centro”* y *“la comodidad de la sala de espera”*, con puntuaciones de 4,29, 4,21 y 4,20 respectivamente. De ello se deduce que los aspectos mejor valorados en lo que respecta a las infraestructuras de la CUP son el estado físico del centro y la tecnología y los peor valorados la comodidad de su sala de espera y la señalización dentro del centro.

El factor **«Tiempos»** constituye otro de los factores peor valorados. Dentro del mismo (ver Anexo IX), se observa que el ítem *“tiempo desde cita a consulta”* es el ítem con puntuación más baja del cuestionario, con una puntuación de 3,85, equivalente a REGULAR. Lo que muestra que el tiempo transcurrido desde que el paciente pide la cita y el día de consulta es el aspecto peor valorado por los pacientes de la CUP. El *“tiempo de espera para ser atendido”* es mejor valorado, aunque con valores inferiores a la media del total del cuestionario (4,23). Por el contrario, el *“horario de las citas”* supera la media con 4,57 de puntuación.

El factor **«Acceso»** es el factor peor valorado del total del cuestionario y los resultados para los diferentes ítems son bastante homogéneos (ver Anexo IX), excepto para el ítem *“facilidad de acceso para llegar al centro”* que obtiene una puntuación de 3,93, equivalente a REGULAR. Este ítem hace referencia a aspectos como el horario, el aparcamiento, el transporte público, ..., por ello se deduce que estos elementos resultan, junto al tiempo entre cita y consulta, los aspectos peor valorados

desde la perspectiva de los pacientes de la CUP. Las *“adaptaciones para personas con movilidad reducida”* y la *“identificación del personal”*, aunque con mayor puntuación obtienen valores por debajo de la media total, 4,26 y 4,31 respectivamente.

La Tabla 14 muestra la relación de aspectos que determinan la STFP de la CUP por orden de mejor a peor valoración e indicando las medias de STFP para cada uno de ellos.

En cuanto a los indicadores de dispersión, cabe señalar que el valor más bajo de desviación típica se encuentra en el factor **«Trato»** (DE=0,24), seguido de los factores **«Aspectos clínicos»** (DE=0,40) y **«Trámites»** (DE=0,42), lo que pone de manifiesto que en esas dimensiones existe un mayor consenso de respuestas, por lo que los valores se encuentran más concentrados. Por el contrario, los factores en los que ha existido más variabilidad de respuesta son **«Acceso»** (DE=0,63) y **«Tiempos»** (DE=0,61).

Tabla 14. Aspectos relacionados con la satisfacción del paciente por orden de valoración

ORDEN	ASPECTO	FACTOR	MEDIA
1	Amabilidad y cortesía	TRATO	4,94
2	Trato recibido	TRATO	4,93
3	Satisfacción servicio-precio	TRATO	4,83
4	Interés del personal	ASPECTOS CLÍNICOS	4,76
5	Trámites de admisión	TRÁMITES	4,73
6	Trámites sucesivas citas	TRÁMITES	4,72
7	Confianza y seguridad	ASPECTOS CLÍNICOS	4,69
8	Cuidado de su intimidad	ASPECTOS CLÍNICOS	4,69
9	Seguimiento personalizado	ASPECTOS CLÍNICOS	4,68
10	Claridad de tratamiento y pautas	ASPECTOS CLÍNICOS	4,64
11	Horario de las citas	TIEMPOS	4,57
12	Opinión sobre el tratamiento propuesto	ASPECTOS CLÍNICOS	4,56
13	Información sobre su problema de salud	ASPECTOS CLÍNICOS	4,49
14	Información a familiares	ASPECTOS CLÍNICOS	4,41
15	Estado físico del centro	INFRAESTRUCTURAS	4,37
16	Identificación del personal	ACCESOS	4,31
17	Tecnología de los equipos	INFRAESTRUCTURAS	4,29
18	Adaptaciones discapacidad	ACCESOS	4,26
19	Tiempo de espera para ser atendido	TIEMPOS	4,23
20	Señalización dentro del centro	INFRAESTRUCTURAS	4,21
21	Comodidad de la sala de espera	INFRAESTRUCTURAS	4,20
22	Información: folletos y dípticos	ASPECTOS CLÍNICOS	4,11
23	Facilidad de acceso para llegar al centro	ACCESO	3,93
24	Tiempo cita-consulta	TIEMPOS	3,85

5.1.4.2 Relación de los factores y las variables sociodemográficas

A continuación, se analizarán las puntuaciones medias obtenidas para cada factor en función de las diferentes variables de índole socio-demográfico de los participantes.

SEXO

En relación a las puntuaciones obtenida en función de la variable sexo (Tabla 15), la media en relación a la satisfacción de los varones es de 4,46, ligeramente inferior a la obtenida en las mujeres que es de 4,49 (Figura 14).

<i>Tabla 15. Análisis de las medias obtenidas en relación al sexo</i>				
	Sexo	N	Media	Desv. Desviación
TOTAL_CUESTIONARIO	VARON	75	4,46	0,35
	MUJER	235	4,49	0,34
ASPECTOS_CLÍNICOS	VARON	75	4,52	0,43
	MUJER	235	4,58	0,40
TRATO	VARON	75	4,90	0,23
	MUJER	235	4,91	0,24
INFRAESTRUCTURA	VARON	75	4,22	0,53
	MUJER	235	4,29	0,56
TRÁMITES	VARON	75	4,72	0,43
	MUJER	235	4,73	0,42
TIEMPOS	VARON	75	4,26	0,60
	MUJER	235	4,21	0,61
ACCESIBILIDAD	VARON	75	4,16	0,59
	MUJER	235	4,18	0,64

De la misma forma, el contraste estadístico mediante la prueba T de Student (Tabla 16), no reportó diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables.

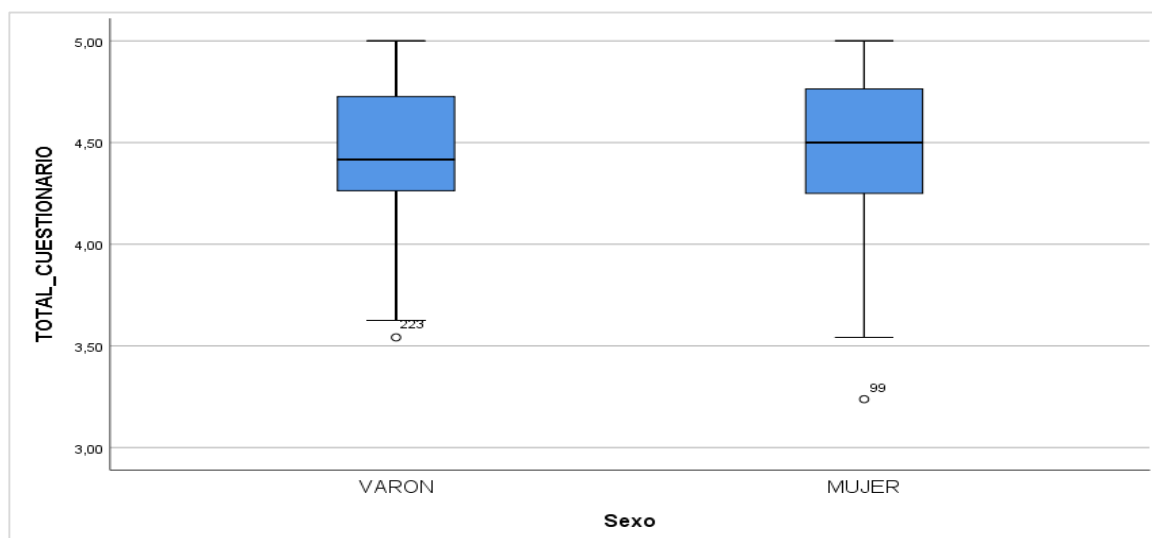


Figura 14. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación al sexo.

Tabla 16. Prueba T para la variable sexo					
	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
TOTAL_CUESTIONARIO	,190	,663	-,662	308	,508
ASPECTOS_CLÍNICOS	,364	,547	-1,044	308	,297
TRATO	,002	,968	-,277	308	,782
INFRAESTRUCTURA	,689	,407	-,932	308	,352
TRÁMITES	,159	,691	-,161	308	,872
TIEMPOS	,182	,670	,577	308	,564
ACCESIBILIDAD	1,758	,186	-,159	308	,874

EDAD

Con el objetivo de poder analizar mejor la relación entre las puntuaciones obtenidas y la edad, a efectos estadísticos, se caracterizó la muestra tomando como referencia los percentiles 25 y 75 estableciendo así 3 grupos de edad: un grupo denominado “jóvenes”, que incluía a todos aquellos pacientes de 46 o menos años; otro grupo denominado “mayores” que aglutinaba a los sujetos de 68 o más años; un grupo intermedio definido como “mediana edad” entre los 47 y los 67 años.

Si analizamos las medias de las puntuaciones obtenidas en relación a la edad (Tabla 17), observamos que el grupo de mayores de 68 años es el que presenta unos niveles superiores de satisfacción (4,53), respecto al resto de grupos: mediana edad (4,48) y jóvenes (4,44) (Figura 15).

Tabla 17. Análisis de las medias obtenidas en relación a la edad

		N	Media	DE
TOTAL_CUESTIONARIO	JÓVENES_46	76	4,44	0,32
	MEDIANA_EDAD	147	4,48	0,36
	MAYORES_68	78	4,53	0,33
ASPECTOS_CLÍNICOS	JÓVENES_46	76	4,52	0,41
	MEDIANA_EDAD	147	4,56	0,42
	MAYORES_68	78	4,63	0,38
TRATO	JÓVENES_46	76	4,88	0,26
	MEDIANA_EDAD	147	4,90	0,25
	MAYORES_68	78	4,93	0,19
INFRAESTRUCTURA	JÓVENES_46	76	4,15	0,56
	MEDIANA_EDAD	147	4,26	0,58
	MAYORES_68	78	4,42	0,48
TRAMITES	JÓVENES_46	76	4,73	0,42
	MEDIANA_EDAD	147	4,71	0,41
	MAYORES_68	78	4,77	0,43
TIEMPOS	JÓVENES_46	76	4,18	0,62
	MEDIANA_EDAD	147	4,17	0,62
	MAYORES_68	78	4,37	0,57
ACCESO	JÓVENES_46	76	4,24	0,55
	MEDIANA_EDAD	147	4,24	0,58
	MAYORES_68	78	3,97	0,75

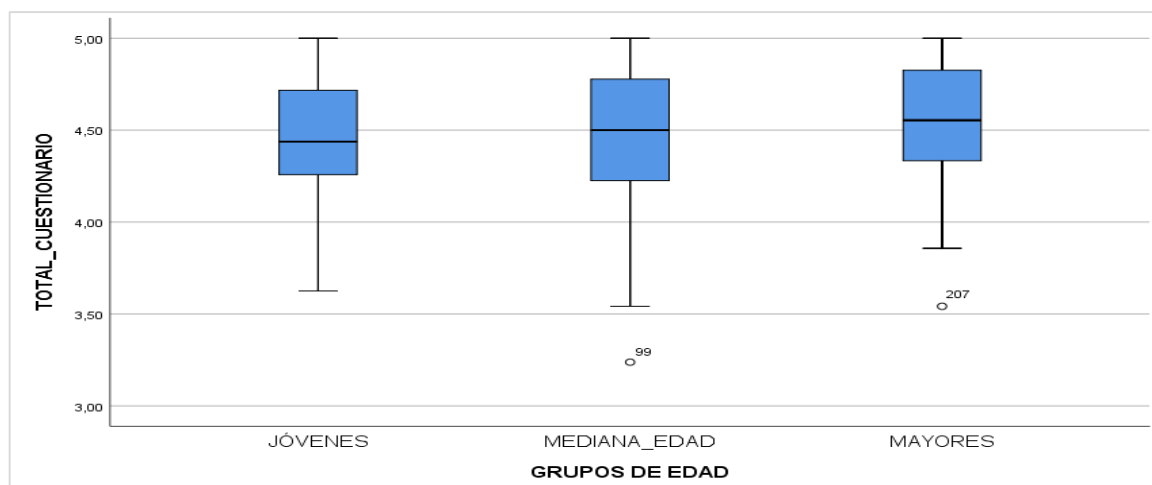


Figura 15. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación a la edad.

El análisis de la varianza (ANOVA) (Tabla 18) y posterior contraste de Bonferroni (Tabla 19) muestra diferencias estadísticamente significativas para las dimensiones de «Infraestructura» y «Acceso»

(Figura 16). Para la puntuación total de la escala, así como para las restantes dimensiones, no se han obtenido puntuaciones diferentes en función de la variable edad.

Tabla 18. Análisis de la varianza (ANOVA) para la variable edad.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TOTAL_CUESTIONARIO	Entre grupos	,262	2	,131	1,120	,328
	Intragrupo	34,825	298	,117		
	Total	35,087	300			
ASPECTOS_CLÍNICOS	Entre grupos	,432	2	,216	1,304	,273
	Intragrupo	49,397	298	,166		
	Total	49,829	300			
TRATO	Entre grupos	,095	2	,047	,817	,443
	Intragrupo	17,251	298	,058		
	Total	17,346	300			
INFRAESTRUCTURA	Entre grupos	2,812	2	1,406	4,683	,010
	Intragrupo	89,470	298	,300		
	Total	92,282	300			
TRÁMITES	Entre grupos	,151	2	,075	,433	,649
	Intragrupo	51,817	298	,174		
	Total	51,967	300			
TIEMPOS	Entre grupos	2,158	2	1,079	2,937	,055
	Intragrupo	109,490	298	,367		
	Total	111,648	300			
ACCESO	Entre grupos	4,355	2	2,178	5,680	,004
	Intragrupo	114,249	298	,383		
	Total	118,604	300			

Tabla 19. Comparaciones múltiples (contraste de Bonferroni) para la variable edad.

INFRAESTRUCTURA	JÓVENES	MEDIANA_EDAD	,421
		MAYORES	,008
	MEDIANA_EDAD	JÓVENES	,421
		MAYORES	,136
	MAYORES	JÓVENES	,008
		MEDIANA_EDAD	,136
ACCESO	JÓVENES	MEDIANA_EDAD	1,000
		MAYORES	,019
	MEDIANA_EDAD	JÓVENES	1,000
		MAYORES	,005
	MAYORES	JÓVENES	,019
		MEDIANA_EDAD	,005

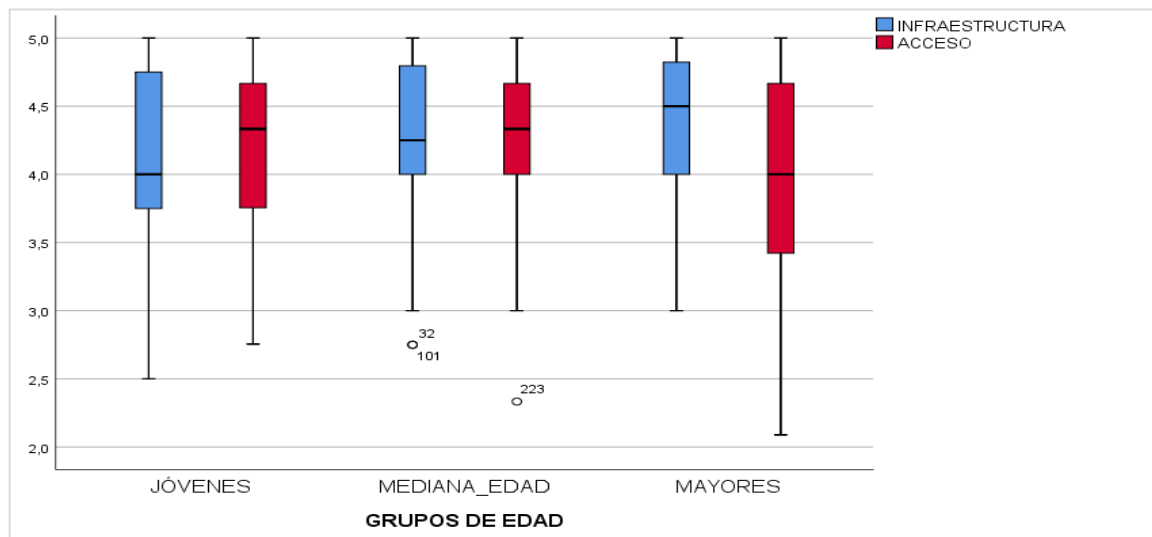


Figura 16. Distribución de las observaciones para los factores Infraestructura y Acceso en relación a la edad.

El apartado infraestructura resulta peor valorado por el grupo de pacientes jóvenes en comparación con el grupo de pacientes mayores. Por el contrario, el grupo de mayores en comparación tanto con el grupo de jóvenes como de mediana edad, presentan una peor valoración del acceso al centro.

SERVICIO

Del total de los 315 pacientes que cumplimentaron el instrumento, 146 hicieron uso del servicio de Quiropodología mientras que 126 fueron de Ortopodología. Por su parte, los 48 restantes tuvieron experiencia en ambos servicios, por lo que a efectos de llevar a cabo esta comparación han sido desestimados.

Como se puede observar en la Tabla 20, los pacientes que han hecho uso del servicio de Quiropodología muestran una puntuación ligeramente superior en comparación con aquellos que han sido atendidos en el servicio de Ortopodología. No obstante, esta diferencia es muy discreta para los factores «Trato», «Infraestructuras» y «Trámites» (Figura 17).

Tal y como se refleja en la Tabla 21, existen diferencias estadísticamente significativas para la puntuación «Total del cuestionario» (Figura 18), «Tiempos» y «Acceso». Por su parte, el factor

«Aspectos clínicos», en su conjunto, muestra un p-valor cercano a la significatividad estadística (Figura 17).

Tabla 20. Análisis de las medias obtenidas en relación al servicio.

	Servicio	N	Media	Desv. Desviación
TOTAL_CUESTIONARIO	Quiropodología	146	4,51	0,33
	Ortopodología	121	4,43	0,34
ASPECTOS_CLÍNICOS	Quiropodología	146	4,60	0,39
	Ortopodología	121	4,51	0,41
TRATO	Quiropodología	146	4,92	0,22
	Ortopodología	121	4,88	0,25
INFRAESTRUCTURA	Quiropodología	146	4,29	0,55
	Ortopodología	121	4,26	0,54
TRÁMITES	Quiropodología	146	4,71	0,41
	Ortopodología	121	4,73	0,44
TIEMPOS	Quiropodología	146	4,29	0,55
	Ortopodología	121	4,13	0,64
ACCESO	Quiropodología	146	4,24	0,54
	Ortopodología	121	4,07	0,69

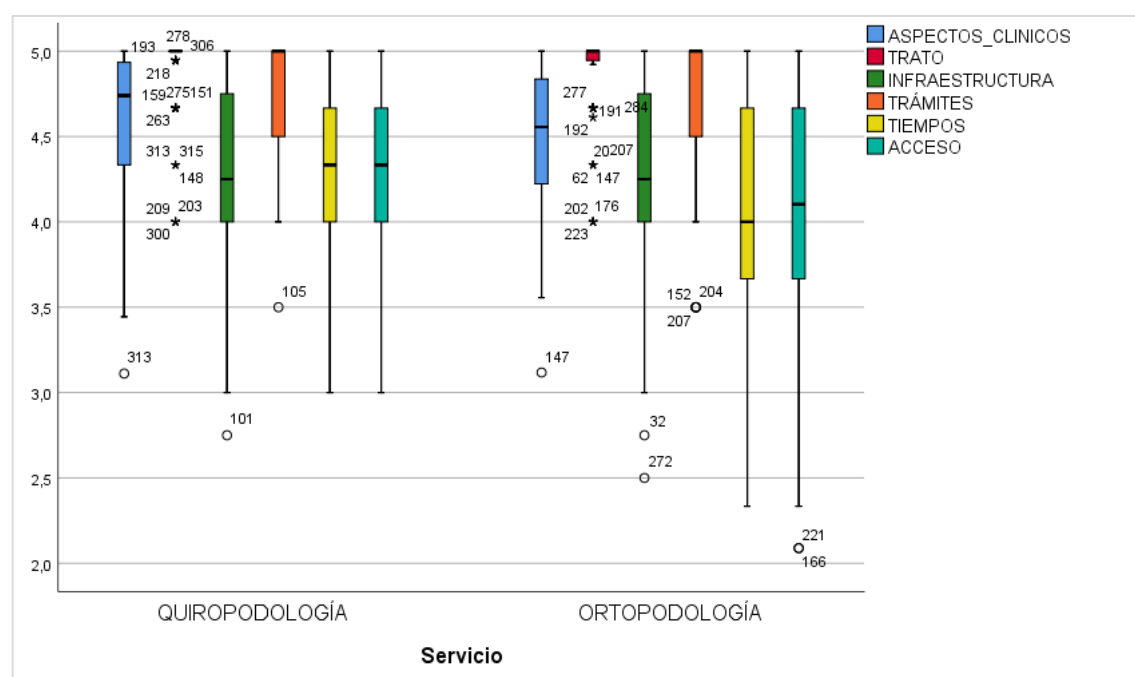


Figura 17. Distribución de las observaciones para cada uno de los factores en relación al servicio.

Tabla 21. Prueba T para la variable servicio.

	Prueba de Levene		Prueba t para la igualdad de medias		
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)
TOTAL_CUESTIONARIO	,267	,606	2,030	265	,043
ASPECTOS_CLÍNICOS	,335	,563	1,872	265	,062
TRATO	5,089	,025	1,378	235,8	,169
INFRAESTRUCTURA	1,896	,170	,387	265	,699
TRÁMITES	,002	,967	-,368	265	,713
TIEMPOS	3,845	,051	2,173	265	,031
ACCESO	5,379	,021	2,215	226,2	,028

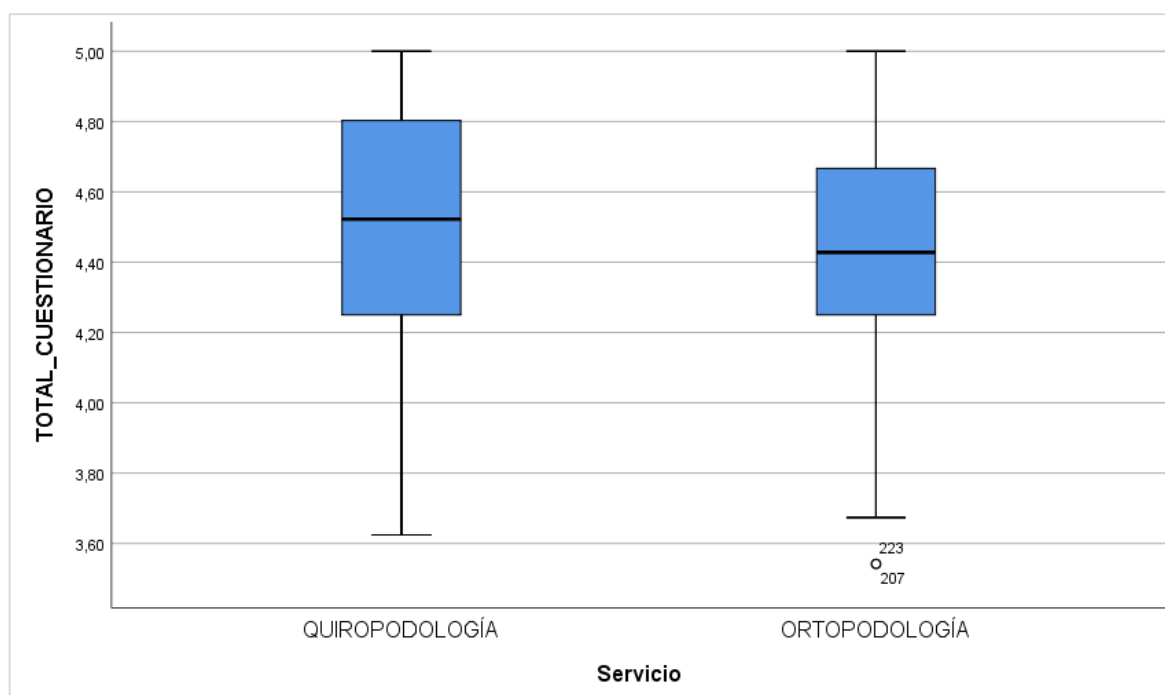


Figura 18. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación al servicio.

Tras analizar los p-valor para los diferentes ítems que conforman el factor **«Aspectos clínicos»**, se obtienen diferencias significativas en el ítem 12 “dípticos, trípticos” ($M_q=4,23$ vs $M_o=4,05$; $t(265)=2,03$; $p=,043$), ítem 13 “información sobre problema salud” ($M_q=4,57$ vs $M_o=4,41$; $t(265)=2,07$; $p=,039$) e ítem 19 “opinión del paciente en el tratamiento” ($M_q=4,64$ vs $M_o=4,50$; $t(231,5)=2,15$; $p=,033$).

El análisis a nivel de ítem para el factor **«Tiempos»**, solo arroja diferencias estadísticamente significativas para el ítem 5 “tiempo entre la cita y la consulta” ($M_q=3,96$ vs $M_o=3,69$; $t(235,95)=2,07$,

$p=,039$), resultando peor valorado en el grupo de Ortopodología. Para los ítems relacionados con el “tiempo de espera para ser atendido” o el “horario de la consulta” no se observan.

El análisis a nivel de ítems efectuado sobre el factor **«Acceso»** únicamente muestra diferencias significativas para el ítem 24 “identificación del personal” ($Mq=4,51$ vs $Mo=4,06$; $t(207,30)=3,95$, $p<,001$), resultando peor valorado en el grupo de Ortopodología. Cabe destacar también que el ítem 23 “señalización del centro”, que en este caso satura en el factor **«Infraestructura»**, es peor valorado por los pacientes del servicio de Ortopodología ($Mq=4,31$ vs $Mo=4,11$; $t(265)=1,99$, $p=,048$).

SITUACIÓN LABORAL

El análisis de la STFP para los diferentes grupos en función de su situación laboral puede observarse en la tabla de descriptivos (Tabla 22). El tamaño desigual de los grupos, donde existe una representación insuficiente de estudiantes, trabajadores domésticos y personas en situación de desempleo, condiciona la posible comparación estadística, por lo que ha parecido oportuno recodificar las variables, de forma que a tales efectos se ha creado un grupo mixto compuesto por 96 participantes que deben considerarse en una situación activa (estudiantes, trabajadores domésticos y desempleados), pero que *a priori* cuentan con una mayor flexibilidad que un trabajador, ya sea empleado por cuenta propia o ajena.

La distribución de las puntuaciones medias para cada uno de las dimensiones puede observarse en la Figura 19.

La prueba de análisis de la varianza (ANOVA) llevada a cabo entre estos tres grupos arroja resultados estadísticamente significativos para la puntuación **«Total del cuestionario»**, así como para los factores **«Infraestructuras»** y **«Tiempos»** (Tabla 23).

Con relación a la puntuación **«Total del cuestionario»**, los jubilados se muestran como el grupo que valora en términos más favorables la CA recibida. De esta forma, las comparaciones múltiples realizadas con el contraste de Bonferroni arrojan diferencias entre el grupo de jubilados y el grupo mixto ($Mj=4,55$ vs $Mm=4,45$; $p=,043$). A pesar de que los trabajadores activos presentan un valor promedio similar al grupo mixto, el p-valor de la comparación con el grupo de jubilados en este caso solo se aproxima a la significatividad estadística ($Mj=4,55$ vs $Mm=4,45$; $p=,057$) (Figura 20).

Tabla 22. Análisis de las medias obtenidas en relación a la situación laboral.

		N	Media	DE
TOTAL_CUESTIONARIO	JUBILADO	112	4,55	0,35
	EN PARO	33	4,42	0,37
	TRABAJO EN CASA	44	4,45	0,30
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,44	0,35
	ESTUDIANTES	19	4,42	0,24
ASPECTOS_CLÍNICOS	JUBILADO	112	4,63	0,42
	EN PARO	33	4,52	0,46
	TRABAJO EN CASA	44	4,58	0,37
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,51	0,40
	ESTUDIANTES	19	4,52	0,29
TRATO	JUBILADO	112	4,92	0,23
	EN PARO	33	4,89	0,25
	TRABAJO EN CASA	44	4,91	0,24
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,89	0,26
	ESTUDIANTES	19	4,89	0,25
INFRAESTRUCTURA	JUBILADO	112	4,41	0,50
	EN PARO	33	4,21	0,67
	TRABAJO EN CASA	44	4,32	0,51
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,16	0,53
	ESTUDIANTES	19	4,07	0,66
TRÁMITES	JUBILADO	112	4,73	0,43
	EN PARO	33	4,68	0,46
	TRABAJO EN CASA	44	4,69	0,42
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,78	0,37
	ESTUDIANTES	19	4,61	0,49
TIEMPOS	JUBILADO	112	4,38	0,55
	EN PARO	33	4,01	0,61
	TRABAJO EN CASA	44	4,16	0,53
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,14	0,65
	ESTUDIANTES	19	4,23	0,66
ACCESIBILIDAD	JUBILADO	112	4,20	0,67
	EN PARO	33	4,13	0,62
	TRABAJO EN CASA	44	3,93	0,68
	TRABAJANDO ACTIVO	104	4,25	0,55
	ESTUDIANTES	19	4,21	0,56

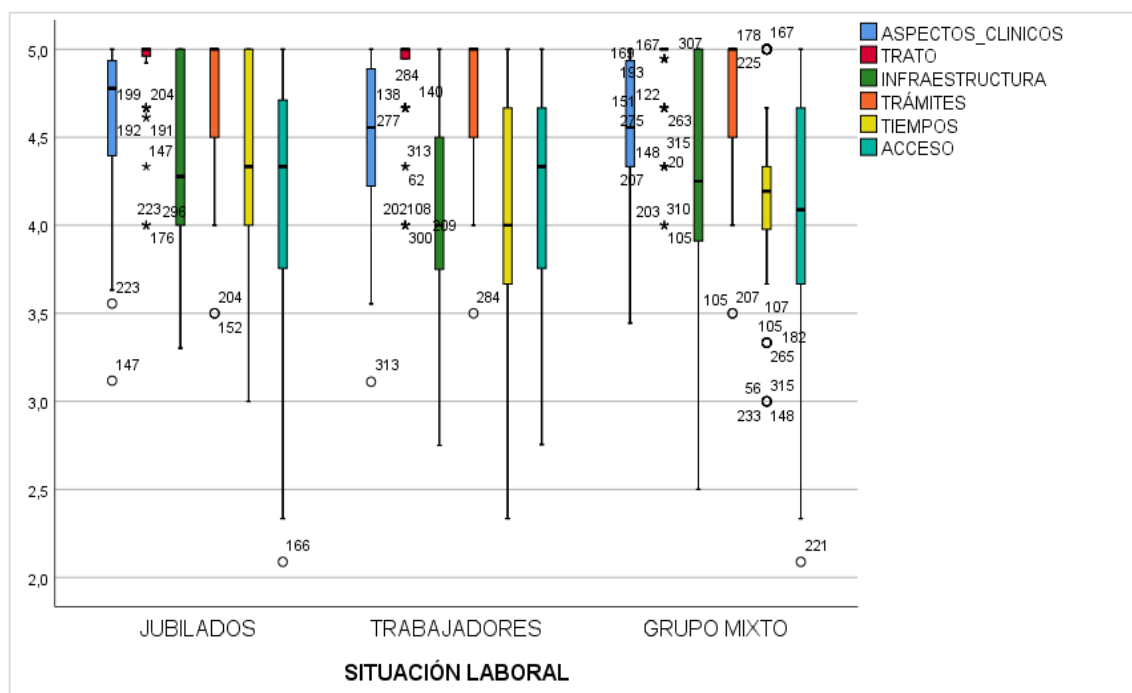


Figura 19. Distribución de las observaciones para cada uno de los factores en relación a la situación laboral.

Tabla 23. Análisis de la varianza (ANOVA) para la variable situación laboral.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
TOTAL_CUESTIONARIO	Entre grupos	,899	2	,450	3,951	,020
	Intragrupo	35,164	309	,114		
	Total	36,063	311			
ASPECTOS_CLÍNICOS	Entre grupos	,732	2	,366	2,244	,108
	Intragrupo	50,410	309	,163		
	Total	51,142	311			
TRATO	Entre grupos	,056	2	,028	,476	,622
	Intragrupo	18,283	309	,059		
	Total	18,339	311			
INFRAESTRUCTURA	Entre grupos	3,566	2	1,783	6,090	,003
	Intragrupo	90,460	309	,293		
	Total	94,026	311			
TRÁMITES	Entre grupos	,578	2	,289	1,669	,190
	Intragrupo	53,479	309	,173		
	Total	54,057	311			
TIEMPOS	Entre grupos	4,430	2	2,215	6,199	,002
	Intragrupo	110,420	309	,357		
	Total	114,850	311			
ACCESO	Entre grupos	2,090	2	1,045	2,683	,070
	Intragrupo	120,367	309	,390		
	Total	122,457	311			

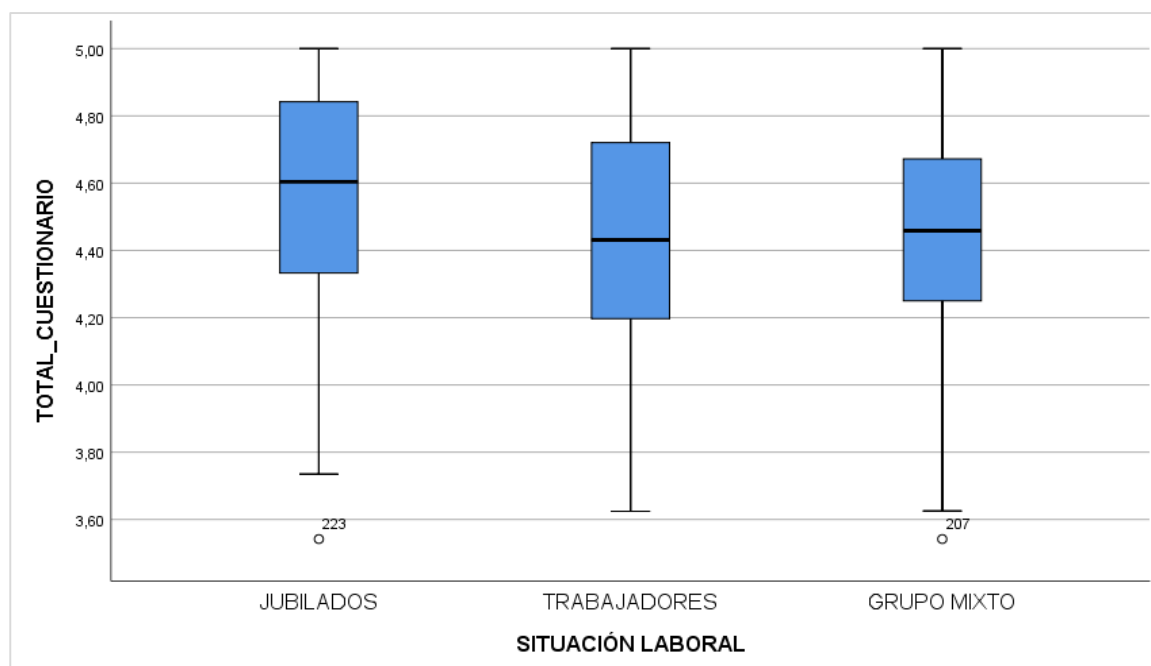


Figura 20. Distribución de las observaciones para el total del cuestionario en relación a la situación laboral.

En lo relativo a la dimensión «**Infraestructuras**», las diferencias estadísticamente significativas se encuentran entre el grupo de jubilados y el grupo trabajadores en activo ($M_j=4,40$ vs $M_t=4,16$; $p=,002$). La comparación entre el grupo mixto y los trabajadores en activo tampoco resulta en este caso estadísticamente significativa, y entre el grupo de jubilados y grupo mixto resulta marginalmente significativa ($M_j=4,40$ vs $M_m=4,23$; $p=,056$). Dentro del factor, estas diferencias alcanzan valores estadísticamente significativos para el ítem 20 “estado físico del centro”, ítem 21 “comodidad de sala de espera” e ítem 22 “tecnología de los equipos” (Figura 21).

En el factor «**Tiempos**», es el grupo de usuarios jubilados el que vuelve a resultar informar de una mayor satisfacción, mostrando diferencias estadísticamente significativas tanto si se comparan con el grupo de trabajadores en activo ($M_{jubilados}=4,38$ vs $M_{trabajadores}=4,14$; $p=,010$) como si lo hacen con el grupo mixto ($M_{jubilados}=4,38$ vs $M_{mixto}=4,12$; $p=,007$). Dentro de los ítems que forman el factor, las diferencias que alcanzan valores estadísticamente significativos lo hacen exclusivamente para el ítem 6, relativo a “tiempos para ser atendido” ($M_{jubilados}=4,43$ vs $M_{trabajadores}=4,15$ vs $M_{mixto}=4,09$) (Figura 22).

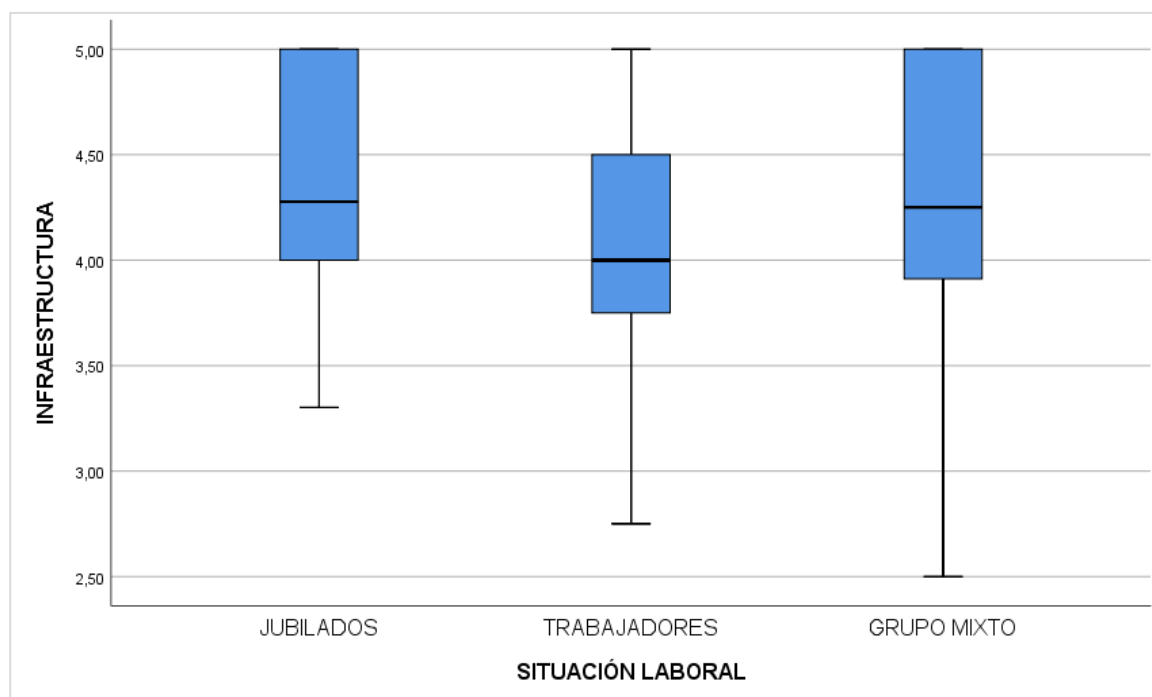


Figura 21. Distribución de las observaciones para el factor infraestructura en relación a la situación laboral.

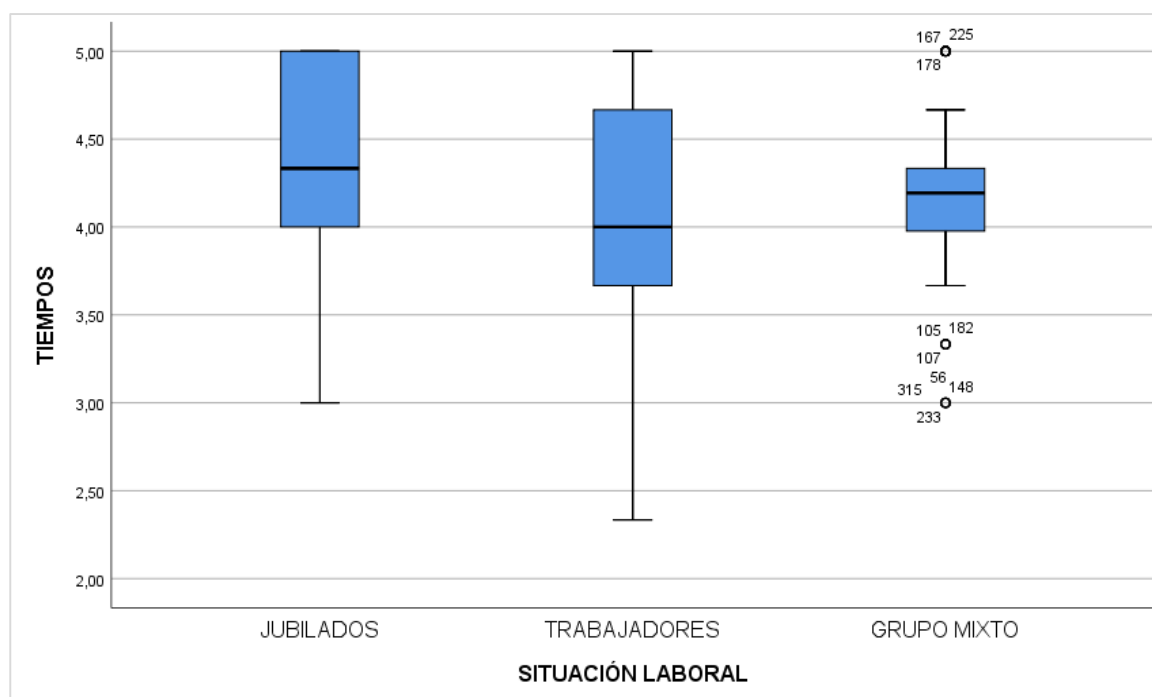


Figura 22. Distribución de las observaciones para el factor tiempos en relación a la situación laboral.

NIVEL DE ESTUDIOS

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de estudios de los usuarios, salvo para la dimensión «**Acceso**», en la que los pacientes sin estudios muestran una menor satisfacción en comparación con aquellos que tienen estudios o formación universitaria. Tal diferencia se expresa fundamentalmente en la puntuación otorgada al ítem 24, “*identificación del personal*” ($M_{sin}=3,52$ vs $M_{univ}=4,45$; $p<,001$ y $M_{sin}=3,52$ vs $M_{est}=4,35$; $p<,001$).

Por el contrario, los usuarios sin estudios muestran una mayor satisfacción con el “*horario de las citas*” que aquellos que sí cuentan con estudios primarios o secundarios ($M_{sin}=4,91$ vs $M_{est}=4,55$; $p<,009$) o formación universitaria ($M_{sin}=4,91$ vs $M_{univ}=4,57$; $p<,036$).

LUGAR DE RESIDENCIA

No se han encontrado diferencias en función del lugar de residencia del usuario en el total del instrumento ($F=,062$; $p=,940$), ni para ninguno de los factores o ítems que lo componen.

5.2 Análisis cualitativo de los datos

5.2.1 Descripción de la muestra

El total de los pacientes entrevistados fue de 31 y su distribución, en función de los perfiles del muestreo opinático, está detallada en la Tabla 24.

Para presentar los resultados del análisis cualitativo se han anonimizado los participantes usando un código (según se explica en el apartado 4.3. del capítulo 4). En dicho código se han incluido los siguientes datos por considerarlos de importancia en la comprensión de los verbatim correspondientes:

- **Número de registro de los participantes:** es útil para identificar a los participantes.
- **Sexo:** El sexo es uno de los determinantes relacionados con el paciente recogidos en la mayoría de los estudios de STFP. A pesar de que actualmente los resultados son muy diferentes y no existe un patrón claro, parecen existir correlaciones entre sexo y satisfacción con los servicios de salud^{47,83,84}.
- **Edad:** La edad es la variable determinante más importante y consistente de la STFP. La mayoría de los estudios concluyen que los pacientes mayores están más satisfechos con los servicios de salud que los más jóvenes⁸⁴.
- **Servicio al que ha acudido:** El servicio asistencial en la CUP está dividido en dos, el servicio de Quiropodología y Cirugía y el servicio de Exploración, Ortopodología y Tratamiento físico. Ambos servicios tienen grandes diferencias asistenciales, por ello consideramos importante diferenciar el grado de satisfacción en cada uno de ellos (ver apartado 1.3.4. del capítulo 1).
- **Primera vez que acude a consulta o no:** La regularidad de las visitas a los centros sanitarios puede ser un factor determinante en la STFP. Los pacientes que visitan el centro a menudo están más satisfechos con el servicio⁸³.

A modo de ejemplo, el sujeto con el código “E11_H_40-60_O_NO” es un hombre de entre 40 y 60 años de edad que ha acudido al servicio de Exploración, Ortopodología y Tratamiento físico y que no es la primera vez que acude a consulta.

Igualmente, las notas del diario de campo también se presentan codificadas con las iniciales “DC” y el número de registro del participante, separados por un guión bajo. Ejemplo: DC_21 (diario de campo anotado en la entrevista del participante con número de registro 21).

Tabla 24. Descripción de la muestra de la fase cualitativa

CÓDIGO	SEXO	EDAD	SERVICIO	1ª VISITA
E1_H_40-60_Q_SI	Hombre	40-60 años	Quiropodología	Sí
E2_M_40-60_Q_SI	Mujer	40-60 años	Quiropodología	Sí
E3_M_+60_Q_SI	Mujer	+60 años	Quiropodología	Sí
E4_M_18-39_O_SI	Mujer	18-39 años	Ortopodología	Sí
E5_H_40-60_O_SI	Hombre	40-60 años	Ortopodología	Sí
E6_M_40-60_O_SI	Mujer	40-60 años	Ortopodología	Sí
E7_H_18-39_Q_NO	Hombre	18-39 años	Quiropodología	No
E8_H_40-60_Q_NO	Hombre	40-60 años	Quiropodología	No
E9_H_+60_Q_NO	Hombre	+60 años	Quiropodología	No
E10_H_18-39_O_NO	Hombre	18-39 años	Ortopodología	No
E11_H_40-60_O_NO	Hombre	40-60 años	Ortopodología	No
E12_H_+60_O_NO	Hombre	+60 años	Ortopodología	No
E13_M_+60_O_SI	Mujer	+60 años	Ortopodología	Sí
E14_M_18-39_O_NO	Mujer	18-39 años	Ortopodología	No
E15_M_+60_Q_NO	Mujer	+60 años	Quiropodología	No
E16_M_40-60_Q_NO	Mujer	40-60 años	Quiropodología	No
E17_M_+60_O_NO	Mujer	+60 años	Ortopodología	No
E18_M_18-39_O_NO	Mujer	18-39 años	Ortopodología	No
E19_18-39_Q_SI	Hombre	18-39 años	Quiropodología	Sí
E20_H_+60_Q_SI	Hombre	+60 años	Quiropodología	Sí
E21_H_18-39_O_SI	Hombre	18-39 años	Ortopodología	Sí
E22_H_+60_O_SI	Hombre	+60 años	Ortopodología	Sí
E23_M_18-39_Q_NO	Mujer	18-39 años	Quiropodología	No
E24_M_40-60_O_NO	Mujer	40-60 años	Ortopodología	No
E25_H_+60_Q_NO	Hombre	+ 60 años	Quiropodología	No
E26_M_18-39_A_NO	Mujer	18-39 años	Ambos	No
E27_M_40-60_A_NO	Mujer	40-60 años	Ambos	No
E28_M_+60_A_NO	Mujer	+ 60 años	Ambos	No
E29_M_40-60_O_NO	Mujer	40- 60 años	Ortopodología	No
E30_M_18-39_Q_NO	Mujer	18-39 años	Quiropodología	No
E31_H_18-39_Q_NO	Hombre	18-39 años	Quiropodología	No

5.2.2 Satisfacción percibida por los pacientes de la CUP de la UDC y factores condicionantes.

El análisis de los datos cualitativos dará respuesta a los objetivos planteados dentro de esta fase: *describir la satisfacción percibida por los pacientes de la CUP de la UDC e identificar los factores que los pacientes describen como condicionantes de su experiencia en la atención de la CUP de la UDC.*

5.2.2.1 Eje analítico: Satisfacción del paciente de la CUP

Tal y como se ha adelantado, la STFP como medida de la calidad de la atención representa un concepto complejo y multidimensional con numerosos factores determinantes^{47,83-86}.

Los determinantes de la STFP más importantes identificados en la literatura varían mucho en función de los estudios consultados. A pesar de ello, los determinantes que se asocian de manera más fuerte y positiva con la STFP son: las habilidades interpersonales de los profesionales sanitarios, la competencia, el entorno físico, la accesibilidad, la continuidad de la atención, las características del centro y el resultado de la atención^{83,84}.

A continuación, se expone el eje analítico que emerge del análisis de los datos cualitativos, con los temas incluidos en él, las categorías, las subcategorías y los códigos (Tabla 25). En el Anexo X se incluye, además, la frecuencia de los códigos manifestados.

TABLA 25. Eje analítico: Satisfacción del paciente de la CUP

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DE LA CUP	TEMAS	CATEGORÍAS	CÓDIGOS
	ASPECTOS CLÍNICOS	COMPETENCIA Y SEGURIDAD	Cód: De la atención del alumnado Cód: De la atención del docente
		COMUNICACIÓN	Cód: Explicación de tratamiento y pautas
		SEGUIMIENTO	Cód: Seguimiento adecuado Cód: Interrupción del seguimiento
		RESULTADO	Cod: Mejora del estado de salud
	TRATO	TRATO RECIBIDO	Cód: Buen trato
		AMABILIDAD Y CORTESÍA	Cód: Preocupación y empatía del personal
	INFRAESTRUCTURAS	INSTALACIONES	Cód: Instalaciones muy buenas
		TECNOLOGÍA Y EQUIPAMIENTO	Cód: Adecuada tecnología y equipamiento Cód: Deficiencias en tecnología y equipamiento
	ACCESIBILIDAD	ACCESO FÍSICO	Cód: Facilidad de acceso para llegar al centro
		TRÁMITES	Cod: Facilidad de trámites
		TIEMPOS	Cód: Tiempo de espera para cita Cód: Tiempo de espera en sala
	CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO	RELACIÓN CALIDAD-CARACTERÍSTICAS	Cód: Valoración de la calidad-características
		COSTES	Cód: Pagar por la atención recibida Cód: Acceso a personas con dificultades económicas
	EXPERIENCIA	EXPERIENCIA CLÍNICA	Cód: Experiencia satisfactoria

5.2.2.2 Dimensiones de la satisfacción del paciente.

A continuación, se exponen los temas que han emergido como dimensiones de la STFP de la CUP, analizando sus categorías y códigos (Cód.).

5.2.2.2.1 Aspectos clínicos

Los aspectos clínicos juegan un papel importante en el aumento del nivel de STFP. La mayoría de los autores engloban dentro de esta dimensión aspectos como la competencia, capacidad, experiencia y ética profesional de los profesionales de la salud, así como la organización interna necesaria para la prestación del servicio asistencial⁸³.

En nuestra investigación los aspectos clínicos fueron organizados en base a la información de la experiencia de los pacientes de la CUP en tres categorías: competencia y seguridad, comunicación, seguimiento y resultado.

Competencia y seguridad

Dentro de esta categoría se recoge la competencia y seguridad transmitida por el alumnado y docentes a los participantes durante la asistencia. Han emergido dentro de la misma los siguientes códigos: *de la atención del alumnado y de la atención del docente*.

Cód: de la atención del alumnado

La mayoría de los participantes valora como muy buena la atención recibida por parte del alumnado y destacan el que no le hayan hecho ningún daño durante el proceso. Los participantes que han expresado este aspecto en su mayoría eran varones del servicio de Quiropodología, que acudían tanto por primera vez como en citas sucesivas.

“Me parece positivo que me atiendan alumnos y que sea una atención tan buena realmente” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“Muy bien, o sea, eran de prácticas, pero la verdad que muy bien” (E21_H_18-39_O_SÍ)

“No, lo único que puedo decir, una maravilla. No puedo decir otra cosa. Que voy encantada, encantada. Que no, porque otras veces iba y para... ¡ay! dios mío, tengo pasado un dolor que ya me daba pereza ir.

Pero hoy nada, voy encantada, encantada. Las chicas de lo más atento, cariñosas, no se puede decir otra cosa” (E3_M_+60_Q_SÍ)

“Muy buena [...] me ha tocado tanto por la mañana, como por la tarde. Que yo no sabía, por la mañana son de tercero y por la tarde de cuarto y no he notado mucha diferencia. En general, muy bien” (E25_H_+60_Q_NO)

“Cuando salgo de aquí voy reconfortado porque no me han hecho daño, han hecho lo que tenían que hacer y yo contento y feliz” (E25_H_+60_Q_NO)

“Yo creo que al ser estudiantes de 4º te ofrecen casi un servicio similar a una clínica” (E31_H_18-39_Q_NO)

Una paciente se mostró satisfecha con la atención del alumnado, a pesar de que, en una ocasión le hicieron daño, considerándolo normal al tratarse de un centro docente en el que el alumnado está aprendiendo y puede tener ciertos fallos.

“El año pasado genial, genial. Las de este año no fue tan bien, pero, bueno, algún fallito tiene que haber [...] Pero, bueno, no pasó nada [...] lo hicieron lo mejor que supieron [...] me hicieron sangrar y no quedó tan bien como la otra vez. Pero, bueno, nada más” (E17_M_+60_O_NO)

Cód: de la atención del docente

La mayoría de ellos destacaron que el profesorado estuviese muy pendiente del alumnado, controlando y revisando su trabajo.

“El profesorado normalmente suele estar pendiente, están atentos de lo que están haciendo” (E24_M_40-60_O_NO)

“A parte, los profesores están también pendientes de cómo van las prácticas. Y, bueno, creo que es como realmente debería de hacerse cualquier trabajo práctico” (E2_M_40-60_Q_SÍ)

“Y, hombre, ser atendido por dos alumnos y una profesora profesional detrás de ellos me parece muy positivo” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“Muy buena, muy buena, sí. [...] Siempre controlados por el profesor y muy bien, muy bien” (E27_M_40-60_A_NO)

Los participantes, por tanto, se mostraron muy satisfechos también con el profesorado.

Otro de los aspectos que destacaron ha sido la participación del alumnado y su buena interacción y trato con el profesorado. No existiendo diferencias en cuanto a los diferentes perfiles.

“Porque-e-e-e no me imaginaba estar dentro de, cómo-o-o de, un aula en el que todas, bueno, en este caso todas las chicas, daban su opinión de lo que me pasaba. Muy buena, muy buena, muy cercana. El profesor también. O sea, muy bien” (E5_H_40-60_O_SÍ)

“Buena, muy buena y sorprendente. O sea, no contaba con tanta juventud. El primer día que vine me sorprendió porque-e-e. Bueno, eran estudiantes, pero participan mucho ellos y eso me gusta. Sí, me gusta” (E6_M_40-60_O_SÍ)

“De hecho, la relación entre ellos vi que estaba muy pendiente de sus alumnos, de que lo hicieran bien, de las dudas que tenía, en plan... Yo como alumna que sigo siendo me gustó mucho el trato que tenía el profesor con el alumno, en plan... y muy bien, yo encantada” (E26_M_18-39_A_NO)

“Aquí los profesores también muy buenos. No hablan contigo ellos, más bien hablan con las chicas. Les explican lo que tienen que hacer, si está bien, si pueden hacerlo así, si pueden hacerlo de otra forma. A mí no me dicen nada, ni me importa, a la que le importa es a la chica que me lo está haciendo. Yo estoy encantado” (E9_H_+60_Q_NO)

Por lo cual, los pacientes destacan la buena atención y la seguridad percibida en las actuaciones del alumnado y la supervisión del profesorado.

Comunicación

La comunicación engloba las habilidades de comunicación y escucha de los proveedores de salud en el intercambio de información con el paciente, las cuales se encuentran positivamente asociadas con el nivel de STFP⁸³.

En esta categoría emerge la claridad con la que los proveedores de salud (alumnado y docentes) han informado a los pacientes sobre las pautas y tratamientos a seguir, recogida en el código: *explicación de pautas y tratamientos*.

Cód: explicación de pautas y tratamientos.

Algunos pacientes hicieron referencia a la preocupación y esfuerzo por parte de los proveedores de salud (docentes y alumnado) por hacer entender los objetivos y características del tratamiento que se le estaba aplicando en cada momento, así como, por hacer comprender las recomendaciones,

pautas y tratamientos que el paciente debía seguir posteriormente. Los participantes que han expresado este aspecto eran mujeres jóvenes (en la franja de 18-39 años) que acudían en su mayoría a ambos servicios.

“Me explicaron todo muy bien, lo que me iban a hacer [...] Acerca de preguntas de decir, bueno, pues, cómo lo trato, muy bien, me contestaron a todo. Me dieron consejos muy buenos, que voy adaptando yo y que me resultan [...] o sea, yo ya te digo, cualquier duda podía preguntársela [...] y ahora que volví a revisión pregunté algunas dudas que tenía y me orientaron muy bien. Me dijeron cómo tenía que hacer y yo con ellos genial” (E26_M_18-39_A_NO)

“Precisamente fue por eso lo que me llamó tanto la atención, de todo el rato pendiente de que esté cómoda, de que esté bien, de que entienda lo que están haciendo, de que si te hago daño o no. En plan, no simplemente vamos a hacer lo nuestro y se acabó, en plan que en todo momento sirva de algo lo que estás haciendo. No de voy a hacerlo, ya vendrás otro día a la siguiente parte, sabes. No, esa relación más de entender lo que estás haciendo, que te entiendan. Decir, pues, te voy a hacer esto y-y-y tienes que entenderlo. Sabes, entiende lo qué te pasa, por qué te pasa y qué tienes que hacer para que no te pase. Por decirlo así.” (E26_M_18-39_A_NO)

“Todo bien, sí, sí. Todo bien. Todas las dudas claritas” (E30_M_18-39_Q_NO)

Es por ello que, los participantes consideran que han recibido las pautas y tratamientos de forma clara y detallada.

Seguimiento

El seguimiento es uno de los determinantes más frecuentemente medido en la satisfacción general del paciente y recoge la continuidad del servicio sanitario. Engloba la ininterrupción del proceso asistencial desde el mismo centro, la misma ubicación o el mismo profesional sanitario^{83,92,93}.

Han emergido en esta categoría los siguientes códigos: *seguimiento adecuado e interrupción del seguimiento*.

Cód: seguimiento adecuado

Los participantes que manifestaban este aspecto eran pacientes que ya habían acudido antes a la CUP y consideraban que el seguimiento era adecuado y se sentían bien controlados, aunque algunos manifestaron que les gustaría poder asistir más veces durante el año, especialmente mujeres de en la franja de edad de 40-60 años que hacía referencia al servicio de Quiropodología.

“Para mí fue muy bueno [...] el seguimiento que me tienen, me miran bien de dónde me viene todo lo de los pies. Genial” (E23_M_18-39_Q_NO)

“Pues yo lo único que se me ocurre es que me dieran vez más a menudo. Durante el curso sólo pude venir tres veces. No, no, dos veces o tres, no me acuerdo. Y entonces, claro, pues yo necesitaba un poco más. Eso es lo único que me gustaría, que-e-e. Pero, bueno, comprendo que si hay mucha gente. Bueno, pues, que yo dentro de lo que cabe tengo los pies bastante bien. Pero, bueno, como yo soy diabética de pastilla, entonces también tengo que tener mucho cuidado con mis pies de no tener heridas, entiendes, con lo cual aquí me vigilan muy bien y me controlan muy bien” (E16_M_40-60_Q_NO)

“Muy buena, muy buena, sí. Por eso yo vengo, soy diabética insulín dependiente y tengo que hacer un control al año del pie diabético y todo. Y, muy bien, muy bien. Siempre controlados por el profesor y muy bien, muy bien” (E27_M_40-60_A_NO)

“Yo, por ejemplo, para que no se te metan las uñas en la carne, para no tener rozaduras y eso pues casi me hacía falta venir más, pero qué pasa no me gusta molestar. Yo sé que si se lo digo vengo y tal. Pero, como eso, hay tanta gente. Vengo tres veces al año. Bueno, la prueba ésta es una vez, pero si también me hacen la quiro. Vengo, sí, tres veces. No vengo mucho. A ver, a mí me gustaría haber venido un poquito más, desde septiembre hasta ahora un poquito más. Pero, bueno, no me gusta abusar” (E27_M_40-60_A_NO)

Una participante del servicio de Ortopodología manifestó que le hubiese gustado que le atendiese el mismo profesor porque le habían atendido dos profesores diferentes, a pesar de lo cual se manifestaba igualmente satisfecha.

“Quizás en orto sí que me atendieron dos profesores diferentes y eso sí que creo que igual es mejor que te lo lleve uno. Porque al final las plantillas no quedaron medio así, pero bien. Yo contenta” (E14_M_18-39_O_NO)

Otra participante destacó favorablemente el hecho de ser atendida siempre por la misma docente.

“No, no. Yo lo que quiero resaltar es que me sentí muy a gusto con quien me trato tanto por parte del alumno como del profesor eh. Porque-e-e la profesora que me tocó, siempre la misma, es que no me acuerdo del nombre y muy pendiente de que-e-e” (E26_M_18-39_A_NO)

Cód.: interrupción del seguimiento

Dos participantes jóvenes (en la franja de 18-39 años) del servicio de Ortopodología, que no era su primera vez en la CUP, manifestaron que la interrupción de la asistencia en el periodo no lectivo dificultaba el seguimiento de los tratamientos en este servicio.

“La segunda era para una revisión de plantillas, porque me hacían daño las plantillas y la verdad es que también vine tarde porque vine ahora a final de curso. Y, claro, uno llama cuando le hace daño, cuando está molesto. Y con mala suerte coincidió como ahora, al final de curso. Entonces fue, nada, me retocaron las plantillas un momento porque tenían mucha gente. Y ahora tengo también mal las plantillas, me siguen haciendo daño, entonces ya queda también para el curso que viene” (E10_H_18-39_O_NO)

“Por ejemplo, si tengo que hacer algo referente a esta vez como vine ahora no te sé decir. Si es referente a la otra vez, por ejemplo, a mí me fallo que se me hizo una plantilla un día como hoy, imagínate, me mandaron no sé si fue al mes o mes y medio volver para ver que tal me iba y cuando volví [...] me la modificaron, [...] me fue bien. Pero, luego, ya no se me volvió a llamar [...] Total, que me pongo yo en contacto con la clínica. Luego también fue dejadez mía, cierto es, porque yo me puse en contacto en mayo. Me dijeron, es que ahora van a acabar las clases, llámanos en septiembre. Una cosa y otra. No llamé en septiembre, llamé en octubre, ahora no tenemos cupo, hasta febrero, marzo, fue pasando, fue pasando. [...] pero no me dijeron ellos bueno, no te preocupes, que te dejamos aquí los datos y cuando haya sitio en febrero ya nos ponemos en contacto. No, me dijeron llámanos a partir de febrero y ahí sí que yo fui como diciendo mira-a-a” (E18_M_18-39_O_NO)

“Pero referente a la otra vez. Como una mejora de estar un poquito-o-o. O sea, si tú le haces una plantilla a un paciente pues tener un poquito más controlado ¿sabes? el seguimiento de cómo va la plantilla. Que llegará un momento que te digan a partir de ahí ya no te podemos, o sea, ya no seguimos mirando. Pero no esa dejadez en ese sentido” (E18_M_18-39_O_NO)

DC_E18 Esta participante se mostraba muy reivindicativa y una vez finalizada la entrevista y la grabación quiso expresar también la necesidad de contar también con servicios podológicos en el sistema sanitario público.

Por tanto, se podría concluir que, aunque el seguimiento se considera correcto a lo largo del curso académico y durante el periodo de atención de la CUP, en la etapa de inactividad se manifiestan interrupciones de seguimiento que generan insatisfacción en los pacientes, especialmente en el servicio de Ortopodología.

Resultado

El resultado de la atención o eficacia mide la utilidad o los efectos de la asistencia para mejorar el estado de salud del paciente. La mejora de la salud percibida por el paciente presenta un importante impacto positivo en su satisfacción^{83,85}. Dentro de esta categoría ha emergido el código: *mejora del estado de salud*.

Cód.: mejora del estado de salud

Los pacientes reconocieron una mejora en su estado de salud después de recibir la asistencia en la CUP. Manifestaron encontrarse muy satisfechos con el resultado e incluso haber mejorado su calidad de vida. En su gran mayoría este aspecto era manifestado por pacientes que ya habían acudido más veces a la CUP, no existiendo diferencias en cuanto al resto de perfiles.

“Cómo la describiría. Buenísima. Yo no podía poner los pies en el suelo, o sea que muy bien. Ya las plantillas son del año pasado, más o menos. Ahora me hicieron otras” (E17_M_+60_O_NO)

“Sí, sí, ...todo, todo, hasta incluso cuando voy caminando voy en el aire” (E15_M_+60_Q_NO)

“Nada más porque estoy contentísima, ahora puedo andar que yo no podía andar. Muy bien, estoy muy satisfecha” (E28_M_+60_A_NO)

“Una experiencia muy positiva, sí, se me arreglo el problema por el que venía y alguno más también” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“Bueno, pues, mi paso por la clínica, yo aquí vine, vine con los pies mal y ahora estoy bien. Bueno con las plantillas bien. Se me van corrigiendo y no tengo el dolor que tenía” (E12_H_+60_O_NO)

“A ver, yo de cara a mi como paciente muy bueno porque, por ejemplo, yo tengo una enfermedad, yo tampoco me puedo permitir tampoco a lo mejor ir tan a menudo y esto sí que-e-e y estoy muchísimo mejor. Mi calidad de vida con mi problema de pies y lo que me genera enfermedad, la verdad es que, sí, más calidad de vida” (E23_M_18-39_Q_NO)

“Muy agradables, luego, pues en mis pies he notado una mejoría” (E16_M_40-60_Q_NO)

“Pues yo salgo siempre muy a gusto. Salgo siempre bien, porque además me suelen solucionar el problema” (E24_M_40-60_O_NO)

“Muy bien, tanto en el trato como en el resultado” (E31_H_18-39_Q_NO)

Por lo cual, el paciente de la CUP se manifiesta satisfecho en cuanto al resultado de la atención, ya que la atención podológica recibida ha dado lugar a una mejora de su estado de salud y de su calidad de vida.

5.2.2.2.2 Trato

El trato o la relación interpersonal recoge la atención recibida por el paciente en términos de buen trato, participación, escucha activa y compañerismo. Expresados a través de la preocupación, amabilidad, cortesía y empatía de los profesionales sanitarios hacia el paciente^{83,84}.

Existen evidencias de que los aspectos de la relación interpersonal están entre los principales determinantes de la STFP^{83,84}.

Ese tema está organizado en base a la información de la experiencia de los pacientes en tres categorías: trato recibido y amabilidad y cortesía.

Trato recibido

Indica el trato recibido en la atención por parte de los proveedores de salud de la CUP (alumnado y docentes). Emerge dentro de esta categoría el código: *buen trato*.

Cód.: buen trato

El buen trato del personal (alumnado y profesores) ha sido uno de los aspectos mejor valorados por los participantes. Los pacientes destacaron el trato recibido en la atención, lo consideran muy correcto, cordial y cercano. Tanto por parte del alumnado como del profesorado. Los pacientes que han expresado este aspecto en su mayoría ya habían acudido en más ocasiones a la CUP, no existiendo diferencias en cuanto a los demás perfiles.

“Muy bien, genial, un trato excelente [...] No, por mi perfecto, en todas las veces que vine el trato fue perfecto” (E7_H_18-39_Q_NO)

“Pero, que yo lo que veo excelente es el trato de los alumnos, de maravilla, y del profesorado también porque todo va relacionado” (E18_M_18-39_O_NO)

“Una cosa importantísima es el trato, que es exquisito, muy bien y después ya que te dejan bien, el resultado. Pero es que muchas veces el resultado es bueno y el trato es deficiente. Aquí no” (E25_H_+60_Q_NO)

“Pero, bueno, el trato siempre ha sido genial. El trato siempre ha sido amable, cordial, los estudiantes se presentan e-e-e con mucho interés” (E29_M_40-60_O_NO)

Además, se destacó el trato cercano y familiar recibido en la CUP, comparándolo con otros centros asistenciales públicos. Este aspecto se expresa mayoritariamente por pacientes jóvenes (en la franja de 18-39 años) y en menor proporción por mayores de 60 años, que no era su primera visita en la CUP.

“Hombre, aquí la verdad más familiar. Sí que he notado el trato más familiar, más cercano al paciente. Igual vas a otro centro de salud y te tratan, no sé, va pues pasan consulta te miran y hasta luego, que pase otro. O sea, no sé cómo describirlo, igual más frío y aquí más familiar” (E21_H_18-39_O_SÍ)

“En el trato se nota diferencia. Algunos son muy altivos, pero aquí no, aquí de verdad que no. En otros sitios es un trato más distante y aquí es más familiar” (E28_M_+60_A_NO)

“E-e-e como decirlo, quizá lo de otros centros lo veo más frío, en plan no tan pendiente. Precisamente fue por eso que me llamó tanto la atención de todo el rato pendiente de que esté cómoda, de que esté bien, de que entienda lo que están haciendo, de que si te hago daño o no. En plan no simplemente vamos a hacer lo nuestro y se acabó” (E26_M_18-39_A_NO)

“Me quedo con ésta. En general en la atención, en el trato, en todo, porque voy a otros sitios y a veces no te hacen ni caso” (E30_M_18-39_Q_NO)

“En algunos sitios he tenido que decir que me atiendan bien, pero me callo, pero aquí no he tenido que decirlo. En otros sitios es otra atención, otras cosas que tienen. Si yo soy el paciente, el médico es el que tiene que auxiliarme y curarme. Yo soy el paciente, no voy al médico por..., prefiero ir al cine. Hay en otros sitios que he tenido que hacer entender mis derechos, en este caso no, aquí no” (E25_H_+60_Q_NO)

“Mayor interés quizás y más así volcadas aquí que en otros centros. Sí, la verdad es que sí” (E23_M_18-39_Q_NO)

Amabilidad y cortesía

La amabilidad y cortesía del personal sanitario se muestra a través de la preocupación por solucionar el problema de salud y la empatía y cortesía del personal hacia los pacientes.

Dentro de esta categoría ha emergido el código: *preocupación y empatía del personal*.

Cód.: preocupación y empatía del personal

La preocupación del personal y su empatía ha sido otro de los aspectos mejor valorados entre la mayoría de los participantes, sin diferencias en cuanto a los diferentes perfiles. Los pacientes resaltaron que todo el personal, tanto alumnado como profesorado, habían sido muy atentos, preocupados y cariñosos.

“Pues, muy buena, me han atendido, ..., gente maravillosa. Bueno, todas, sea el que me revisa como el que me hace las cosas, todo estupendamente” (E9_H_+60_Q_NO)

“Muy buena. Creo que se preocupan mucho de nosotros los alumnos, de-e-e a parte los profesores están también pendientes de cómo van las prácticas” (E2_M_40-60_Q_SÍ)

“Muy, o sea positiva, o sea la gente superatenta, súper muy bien, vamos un diez” (E4_M_18-39_O_SÍ)

“La atención por parte de las alumnas que son muy preocupadas. Por parte del profesorado también, muy pendientes, muy, sí, la verdad es que sí” (E23_M_18-39_Q_NO).

“Yo para mi muy buena, de la gente que siempre me ha tocado, pues, atenderme, pues muy bien. Muy agradables” (E16_M_40-60_Q_NO).

La mayoría resaltaron la preocupación del alumnado por que el paciente se sintiese cómodo, preguntándole en cada momento si notaban alguna molestia y siendo muy delicados en la atención.

“Y sobre todo a mi lo que más me gustó fue el trato de los alumnos con mucho cuidado, muy minuciosos. En plan preguntándome todo lo que les hacía falta saber, en plan muy atentos” (E26_M_18-39_A_NO)

“Muy atentos, muy correctos, preocupándose en cada momento si molestaban, si hacían daño, muy bien” (E2_M_40-60_Q_SÍ)

“Y luego que la gente, bueno, las chicas, nos tratan con muchísimo cariño, con muchísima delicadeza. Están pendientes si te duele, si no te duele. Yo, por ejemplo, tengo muchas cosquillas, de hecho, hoy es un día sensible. ¡Y uy! pobre chica, mueves el pie y tal y bueno oye y no le sienta mal. Entiendes, pues, que tienen mucha empatía con la gente, con los pacientes” (E16_M_40-60_Q_NO)

“Bien, o sea, tanto el profesor como los alumnos muy atentos. Siempre pendientes de si me hacían daño, si no, o sea, muy bien. Superpendientes de mí, siempre preocupados, o sea, preguntándome, te hacemos daño. O sea, o sea, súper, o sea una pasada muy bien” (E4_M_18-39_O_SÍ)

El paciente de la CUP, por tanto, ha expresado su satisfacción con el trato recibido por parte del personal, considerándolo muy cercano y familiar. De igual manera, se ha destacado la amabilidad y cortesía del personal y la preocupación del alumnado por que se sintiese cómodo en todo momento.

5.2.2.2.3 Infraestructuras

Las infraestructuras, concepto también recogido en la literatura con el nombre de tangibilidad, comprende aquellos elementos que se pueden ver y tocar. Las instalaciones o entorno físico del centro de asistencia y el equipamiento tecnológico con el que se ha llevado a cabo la asistencia son algunos de los elementos tangibles más importantes para los pacientes dentro del proceso de atención sanitaria. Estos elementos tienen también gran influencia en la STFP. Entre ellos destaca el ambiente, la comodidad de la sala de espera, la limpieza, el nivel de ruido, la temperatura, la iluminación y la disponibilidad del equipamiento necesario^{83,89}.

Todos los aspectos mencionados se clasifican en base a la información facilitada por los participantes en dos categorías: instalaciones y tecnología y equipamiento.

Instalaciones

Las instalaciones hacen referencia a la apariencia de las instalaciones físicas o entorno físico del centro. En la que ha emergido el código: *instalaciones muy buenas*.

Cód.: instalaciones muy buenas

Los participantes consideraron que las instalaciones de la CUP y del propio hospital son muy buenas y correctas, sin diferencias en cuanto a los diferentes perfiles

“Las instalaciones, el material, todo nuevo, todo perfecto” (E21_H_18-39_O_SÍ).

“Las instalaciones, pues, lo que vi la sala de espera que me parece muy bien y la sala donde me estuvieron tratando”(E2_M_40-60_Q_SÍ).

“Y las instalaciones, es la primera vez que vengo aquí y, bien, me parecen muy correctas”

(E13_M_+60_O_SÍ).

“No, las instalaciones, bueno, este hospital es muy, muy bien. Muy bien, muy bien, está muy bien hecho y es nuevo y muy bien” (E27_M_40-60_A_NO).

“Las instalaciones bárbaras” (E28_M_+60_A_NO).

Tecnología y equipamiento

Esta categoría indica la percepción de la adecuación de la tecnología y equipamiento utilizado en la asistencia. En ella se han recogido los siguientes códigos: adecuada tecnología y equipamiento y deficiencias en tecnología y equipamiento. La mayoría de los participantes que han expresado este aspecto han sido varones jóvenes.

Cód.: adecuada tecnología y equipamiento

Aunque parte de los participantes tenían una buena percepción del material, el equipamiento y la tecnología de la CUP y para ellos lo consideraban adecuado, muchos de ellos manifiestan no saber si eran adecuados.

“Yo la verdad, yo, las dos que he estado muy bien. Las instalaciones, el material, todo nuevo, todo perfecto. Si me faltaba algo, ósea, al momento...” (E21_H_18-39_O_SÍ)

“Al no saber cómo va este tema, o sea, de equipo supongo que estará bien, no lo sé. Supongo, así que, por mí está todo perfecto” (E7_H_18-39_Q_NO)

“Hombre, yo no entiendo, pero tecnológicamente me pareció que no tuve ningún inconveniente” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“No sé si en materiales o en tecnología siempre se pueda mejorar más, eso ya no lo sé” (E5_H_40-60_O_SÍ)

“... las cosas que me hicieron bien. Que hay que mejorar a lo mejor alguna máquina que no funciona como es debido, que a lo mejor parece-e-e, pues en cosas más modernas, pues está bien que las pusieran” (E15_M_+60_Q_NO)

Cód.: deficiencias en tecnología y equipamiento

Algunos de los participantes manifestaron que habían percibido en algún momento deficiencias en la tecnología y equipamiento. Los pacientes que coincidían en esta percepción habían acudido o hacían referencia al servicio de Quiropodología y no era su primera visita a la CUP.

“Perfecto, sí, sí. ¿Sabes que tienen? tienen los medios igual un poco-o-o, algunos, la primera vez que vine tenía que venir el señor de mantenimiento a apretarle lo de aspiración. Entonces supongo que estarán un poquito-o-o. Sí, en eso me fijé. Pero lo demás todo muy bien” (E8_H_40-60_Q_NO).

“He oído alguna vez que faltaba equipamiento, he oído” (E25_H_+60_Q_NO).

“Pues por lo que vi, así en general, por ejemplo, el otro día les faltaba una lámpara y estaban escasos. En plan, yo lo que veo es eso, cosas ajenas a ellos, en plan material. Pero, bueno, veo que falta en general en cualquier especialidad. Por poner alguna pega” (E26_M_18-39_A_NO).

Los participantes, por tanto, se manifiestan satisfechos con las instalaciones de la CUP e incluso con la tecnología. Aunque algunos, tras observar alguna incidencia o escuchar en algún momento que existía falta de medios, creían que debían mejorarse estos aspectos.

5.2.2.2.4 Accesibilidad

La accesibilidad del servicio sanitario, medida a través de aspectos organizacionales, se ha asociado positivamente con la STFP. Los aspectos relacionados con la accesibilidad del servicio son: una buena ubicación del centro sanitario, poco tiempo de espera, servicio rápido, proceso de admisión y alta sencillez y poco tiempo de espera y esfuerzo para obtener una cita⁸³. Tomando como referencia la información extraída de la experiencia de los pacientes de la CUP podemos clasificar estas tres categorías como: acceso físico, trámites y tiempos.

Acceso físico

Esta categoría indica las características del acceso físico al centro, en cuanto a ubicación y señalización. En ella ha emergido el código: *facilidad de acceso para llegar al centro*.

Cód.: facilidad de acceso para llegar al centro.

Dos de los participantes consideran fácil el acceso físico al centro. Un participante muestra una pequeña dificultad en encontrar la CUP dentro del hospital, pero sin mostrar demasiada importancia. No se manifiestan dificultades en el acceso por parte del resto de participantes.

“No, es que la verdad es que-e-e, o sea, el acceso solo tenía que saber dónde estaba esto. Hombre, igual, por decir algo, encontrar la parte de podología dentro del hospital. Pero que, bueno, le pregunté a la señora de la entrada y me ubicó perfectamente” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“El acceso al centro facilísimo, bueno, el centro yo ya lo conozco” (E22_H_+60_O_SÍ)

Trámites

Se engloba dentro de esta categoría tanto aspectos de los trámites de admisión como de citas sucesivas, así como la disponibilidad del servicio y la atención telefónica. Ha emergido dentro de la misma el siguiente código: *facilidad de trámites*.

Cód.: facilidad de trámites

Los pacientes manifiestan facilidad en los trámites para concertar la cita. Los participantes que han opinado sobre este aspecto son pacientes que ya han sido atendidos más de una vez en la CUP.

“Vienes aquí un día por la mañana y te dan cita para cuando puedan y lo puedas ajustar tú también a tus horarios, no hay problema ninguno” (E7_H_18-39_Q_NO)

“Bien, bien hasta tuve que cambiar cita y vine me la cambiaron sin problema ninguno” (E6_M_40-60_O_SÍ)

Dos pacientes del servicio de Ortopodología no se mostraron para nada satisfechos con el sistema o trámites para pedir cita al terminar el curso académico.

“Uuuuuuuuu!!! pues a lo mejor el sistema de lista de espera, que te tengas que apuntar en septiembre y a lo mejor tengas que esperar”(E24_M_40-60_O_NO)

“Yo me puse en contacto en mayo. Me dijeron es que ahora van a acabar las clases, llámanos en septiembre, una cosa y otra. No llamé en septiembre, llamé en octubre, ahora no tenemos cupo, hasta febrero, marzo, fue pasando, fue pasando [...] pero no me dijeron ellos, bueno, no te preocupes que te dejamos aquí los datos y cuando haya sitio en febrero ya nos ponemos en contacto. No, me dijeron llámanos a partir de febrero y ahí sí que yo fui como diciendo mira”. (E18_M_18-39_O_NO)

Por su parte, algunos participantes expresaron una buena disponibilidad del servicio para ser atendidos lo antes posible ante sus necesidades urgentes de salud.

“Y, también eso, para cualquier urgencia te atienden perfectamente”. (E27_M_40-60_A_NO)

“Nada, porque yo llamo y cuando tengo vez vengo. Y, si en un caso, ya te digo, si en un caso tengo algún problema tal, antes vengo hasta ahí y me echan un vistazo. E incluso hacen un remiendo mientras no me la pueden hacer o mientras no me toca la vez” (E11_H_40-60_O_NO)

DC_E11 Este participante una vez que finalizamos la entrevista y la grabación indica que un día hubo un error al darle la cita por existir dos docentes con el mismo nombre. A él le preguntaron desde administración cómo era el nombre de la persona que le atendió y le pusieron cita con otra profesora con el mismo nombre. Al venir a recoger sus plantillas no le pudieron atender por tratarse de un caso especial llevado habitualmente por la otra docente. Este hecho demuestra la falta de registro del docente que le atendió (en el momento de recogida de datos la CUP no contaba aun con sistema de gestión informatizado) y la consiguiente dificultad de poder fijar las citas posteriores de seguimiento con el mismo docente.

“A ver. Así como, yo como el trato fue bueno, tenía algún problema y ya tenía la cita de aquella. Ningún problema” (E30_M_18-39_Q_NO)

Además, dos pacientes varones (de más de 60 años) que ya habían acudido en más ocasiones a la CUP destacaron muy positivamente la atención telefónica de la CUP.

“Sí, llamo por teléfono para pedir y me cogen el teléfono, cosa que en la residencia si llamas no te contesta nadie”(E9_H_+60_Q_NO)

“Funciona muy bien, pero funciona muy bien desde el teléfono, lo cual es importante también” (E25_H_+60_Q_NO)

Tiempos

Los tiempos son otro de los elementos importantes en la STFP. El menor tiempo de espera, el servicio rápido y el menor tiempo para obtener una cita se han asociado positivamente con la STFP^{83,91}.

El tiempo de espera en sala es otro de los determinantes tenido en cuenta por los pacientes en la valoración de su satisfacción^{83,91}.

Se engloba dentro de esta categoría la información proporcionada por los participantes sobre el tiempo de espera. En ella se recogen los códigos: *tiempo de espera para cita y tiempo de espera en sala correcto*.

Cód.: tiempo de espera para cita

En general, los pacientes consideran que el tiempo de espera desde que piden la cita por primera vez en el servicio hasta que acuden a la primera consulta resulta excesivo. Todos los pacientes que manifiestan este exceso de espera son pacientes del servicio de Ortopodología.

Por un lado, los pacientes que solicitan cita por primera vez afirman tener que esperar mucho tiempo a ser atendidos y, por otro lado, los pacientes que ya han sido atendidos anteriormente en otras ocasiones manifiestan tener que esperar mucho tiempo para ser atendidos de nuevo una vez que finaliza el curso académico.

“El tiempo de espera, me refiero al tiempo desde que traes el papelito hasta que te llaman, eso es tremendo. Yo creo que dos años estuve.” (E6_M_40-60_O_SÍ)

“Tardan un poquito cuando es la primera vez en dar la cita, pero después de que estás dentro pues ya muy bien” (E28_M_+60_A_NO)

“Bueno, en eso sí, me tardaron mucho. Sí, desde mayo. No, desde antes de navidades. Pero, bueno, ya es normal eso, en la residencia ya es normal eso o más” (E22_H_+60_O_SÍ)

“Pues en el tiempo de espera. Pues, mira, habrá un mes y medio que pedí la cita. Y como era por el tema de un espolón, pues, tenía que esperar porque había que hacer el estudio este que hacen del pie y tardaron un poco más, pero bueno”(E13_M_+60_O_SÍ)

“Lo único, podría ser cuando tienes que volver a pedir cita para el curso siguiente, que sí, que puede que sea tardía. Porque, claro, somos muchos y si te atienden bien quieres volver. Esa es la única, pero el resto” (E29_M_40-60_O_NO)

“Me dijeron es que ahora van a acabar las clases, llámanos en septiembre, una cosa y otra. No llamé en septiembre, llamé en octubre, ahora no tenemos cupo, hasta febrero, marzo, fue pasando, fue pasando” (E18_M_18-39_O_NO)

Por el contrario, el tiempo de espera para las citas de seguimiento durante el periodo académico lo consideran correcto.

“Te miran hoy y enseguida te vuelven a dar, sabes. Una vez que empiezas va todo muy bien, todo, va todo muy rodado. Muy contenta. Y me sorprendió mucho por eso porque no las encontraba esas cosas” (E6_M_40-60_O_SÍ)

“Para retomar, una vez que estás no. Yo, ya te digo, empecé el nueve de marzo y ya he venido seis veces en dos meses, pero porque ha sido necesario. Pero, del resto contenta” (E29_M_40-60_O_NO)

En cuanto al servicio de Quiropodología un participante manifiesta que no han tardado mucho en llamarla.

“Bien, bien, yo desde luego no tengo nada. Que hasta no tardaron mucho en llamarme” (E20_H_+60_Q_SÍ)

Otro participante, también del servicio de Quiropodología, comparando el tiempo de espera de otros centros sanitarios públicos afirma que el tiempo de espera en la CUP ha sido poco.

“Pues, incluso mejor a nivel de poco tiempo de espera. Poco tiempo de espera para tener la cita y poco tiempo de espera aquí” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

Cód.: tiempo de espera en sala

La mitad de los participantes que opinaron sobre el tiempo de espera en la sala consideraban que había sido poco y la otra mitad opinaba que, aunque había percibido un ligero retraso lo consideraba normal y no excesivo. Los participantes que han percibido cierto retraso en su mayoría son pacientes jóvenes de entre 18 y 39 años y que no es su primera visita a la CUP, principalmente mujeres que acuden al servicio de Quiropodología.

“El horario bien, no tuve que esperar, tuve que esperar sólo un cuarto de hora para que me atendieran” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“El tiempo de espera, no he tenido que esperar nada, he entrado a los cinco, diez minutos. Y hoy, que tenía dos citas, la verdad que al momento también” (E21_H_18-39_O_SÍ)

“No, en los horarios bien porque desde que entré aquí no tuve que esperar nada. Bien” (E12_H_+60_O_NO)

“Ahora, luego aquí, la verdad es que no, porque llegas aquí y en seguida te llaman. Lo importante es llegar aquí y no tenerte toda la tarde esperando, la rapidez” (E6_M_40-60_O_SÍ)

“Quizá un poco el tiempo de espera, pero, bueno, también es normal porque cada vez veo más gente” (E23_M_18-39_Q_NO)

“Lo único los atrasos de las citas a veces. Pero por lo demás, [...] a la espera. A mí no, pero hay gente que sí que, a veces le afecta, la gente mayor y eso” (E30_M_18-39_Q_NO)

“Pues hoy, no sé, quizás un ligero retraso, pero bueno tampoco nada” (E31_H_18-39_Q_NO)

Por tanto, en relación a la accesibilidad, los participantes destacaron, en primer lugar, la facilidad del acceso físico al centro. En segundo lugar, consideran fáciles y ágiles los trámites para obtener una cita, pero no se muestran satisfechos con los trámites necesarios para obtener las citas de seguimiento para el próximo curso. Y, por último, en cuanto a los tiempos, han destacado el tiempo de espera excesivo desde que piden la cita hasta que acuden a consulta por primera vez, especialmente en el servicio de Ortopodología.

5.2.2.2.5 Características del centro

Las características del centro es uno de los determinantes que se asocia de manera más fuerte y positiva a la STFP. Las características y el contexto propio de la CUP, especialmente el hecho de ser un centro docente y público en el que la atención podológica no implica un pago directo por parte de sus usuarios, podrían ser factores que influyen de forma muy importante en la STFP con el servicio. Dentro de este tema se engloban las categorías: relación calidad-características y costes.

Relación calidad-características

Se incluyen dentro de esta categoría la relación que hacen los pacientes en cuanto a la calidad de la atención y las características de la misma. Dentro de esta categoría en nuestra investigación ha emergido un único código: *valoración calidad-características*.

Cód: valoración calidad-características

Algunos participantes destacaron la buena calidad recibida en la CUP siendo una atención docente y gratuita.

“No sé, yo creo que al ser estudiantes de 4º te ofrecen casi un servicio similar a una clínica y es un servicio gratuito, o sea que creo que es positivo”(E31_H_18-39_Q_NO)

“Me parece complicado mejorar una atención gratuita así, pero, bueno, no se me ocurre nada la verdad que pueda mejorar” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“Estamos recibiendo una atención gratuita y estamos recibiendo un servicio muy bueno [...] No nos podemos quejar, porque date cuenta que, estamos recibiendo un servicio gratuito y un buen servicio” (E24_M_40-60_O_NO)

Los participantes destacaron, por tanto, la buena calidad de la atención en relación a las características propias de la CUP.

Costes

En términos económicos, los costes o asequibilidad del servicio, se refiere a los costes sanitarios y al método de pago en el acceso a la asistencia sanitaria.

Dentro de esta categoría en nuestra investigación han emergido los siguientes códigos: *pagar por la atención recibida y acceso a personas con dificultades económicas*.

Cód: pagar por la atención recibida

De los participantes a los que se le ha preguntado por cómo valoran el hecho de que el acceso sea gratuito en comparación con otras clínicas universitarias en las que sí se cobra por este mismo servicio, la gran mayoría coincidía en que estarían dispuestos a abonar un importe acorde a un centro docente o donativo, con el objetivo de contribuir a la adquisición de material o acometida a diferentes mejoras de la CUP. Aunque, nunca un precio “excesivo” o similar al precio de mercado de los centros sanitarios privados.

“No me parece que-e-e. Realmente no me parece malo que cobren un poco, si realmente están dando una atención, digamos, mejor a lo mejor que en la seguridad social, por lo menos en cuanto a tiempos de espera y demás. No me parece mal. Hombre me parece bien que sea gratis, obviamente, pero no tendría inconveniente en dar algo por la atención” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“No, lo único, pues, a lo mejor-r-r le pregunté cuanto debía y me explicaron que era una escuela que ellos estaban aprendiendo. Pues, a lo mejor, plantearía el poner algo para recibir donaciones que pudieran ayudar a la escuela a mejorar algún aspecto que puedan ver profesionalmente ellos” (E2_M_40-60_Q_SÍ)

“Siempre que no sea una cantidad excesiva, bien. Vamos a ver, lo que no puede costar es lo que cuesta en la calle. Siempre que tú estés recibiendo, vamos a ver, a mí me acaban de poner unas plantillas, si yo tengo que poner un tanto por esas plantillas sería hasta cierto punto normal, porque es un servicio por

el que me estoy beneficiándome. Ellos están aprendiendo, pero no lo vería descabellado” (E24_M_40-60_O_NO)

“Yo lo vería bien, yo lo vería bien. Lo vería muy bien, sí. Lo vería bien, no estaría tan saturado y la gente no vendría aquí a hacer pedicura. Yo lo veo muy bien y tienen mucho derecho a hacerlo. Sí señor. A ver, no tampoco precios muy altos de decir tal. Pero, es más, si hay que hacer plantillas y eso, pues unas buenas plantillas y aunque pagara algo la universidad, pero que también pagara el paciente. Incluso por quiropododia igual, porque vale dinero la desinfección de los aparatos, agujas y todo eso” (E27_M_40-60_A_NO)

“A veces he pensado, porque he oído decir que tenían poco presupuesto para material y demás. Y yo como usuaria pensé, también podríamos, ya que te lo dan gratis, como ayuda, también podríamos dejar un donativo. No te va a salir a precio de calle, pero lo simbólico, el material, no el trabajo. Podíamos ayudar un poquito. Pero si a nivel universidad no tienen el nivel económico para dotar esta atención, seguir teniéndola y que no se pierda claro” (E29_M_40-60_O_NO)

En este sentido cabe destacar que algún paciente creía que la atención de la CUP formaba parte del sistema sanitario público, motivo por el cual después de pagar muchos años la “seguridad social” considera que debía ser de acceso gratuito y así lo expresaba:

“Bueno nosotros si tuviéramos que pagar todos nos quejamos, pero, bueno, si fuera necesario yo no digo que no. Pero mejor está así. Mejor está así. Yo, oye, veo que después de pagar 40 años la seguridad social que vamos a decir, que nos atiendan un poco” (E22_H_+60_O_SÍ)

Otra paciente expresa que si fuese parte de la cobertura sanitaria pública (expresado en términos de “seguridad social”) lo vería mal, pero como es conocedora de que no es así vería adecuado una ayuda.

“Una ayuda, bien, porque bueno como no es cosa de la seguridad social, si fuese por la seguridad social lo veo mal, pero siendo así como privado, bien” (E30_M_18-39_Q_NO).

Cód: acceso a personas con dificultades económicas

Los participantes destacaron, además, la labor social que aporta la CUP a las personas con dificultades económicas o con falta de recursos y solicitaban que la atención se continúe prestando de forma gratuita.

“Sí, porque habrá tanta gente que no pueda pagar. Habrá gente que lo pueda pagar, pero habrá otras que no. Mayormente los pensionistas, tal y como están las pensiones ahora, si hay que pagar todo esto” (E20_H_+60_Q_SÍ)

“A ver, yo de cara a mi como paciente muy bueno porque, por ejemplo, yo tengo una enfermedad, yo tampoco me puedo permitir tampoco a lo mejor ir tan a menudo y esto sí que-e-e y estoy muchísimo mejor. Mi calidad de vida con mi problema de pies y lo que me genera enfermedad, la verdad es que,...” (E23_M_18-39_Q_NO)

“Pues lo que te decía que sigan atendiendo a la gente gratuitamente claro, porque hay mucha gente que a lo mejor no puede pagarlo.” (E16_M_40-60_Q_NO).

“Está bien que no se pague porque es el acceso a la gente que tenga menos recursos, gente pues en paro y tal, que esté cuidado. Pero, bueno, también exactamente el pagar algo juntado de varia gente es el ingreso para poder mejorar algo esos servicios [...] pero tampoco como una clínica normal, porque eso da esa facilidad a que todo el mundo pueda tratarse y que tenga ese beneficio”(E26_M_18-39_A_NO)

A los participantes, por tanto, les parece bien que el acceso a la atención podológica de la CUP resulte gratuito, pero al mismo tiempo si fuese necesario se muestran dispuestos a aportar un donativo o ayuda equivalente al gasto de material necesario para la atención, y en todo caso siempre que no sea un importe excesivo, ni similar al de una atención podológica privada. Pero, además, reconocen que esta actividad asistencial universitaria permite el acceso a cuidados podológicos gratuitos, que no podrían ser costeados en el ámbito privado por muchos pacientes. Por ello reclaman que se siga manteniendo el acceso gratuito, especialmente en aquellos casos en los que concurren de necesidades económicas.

5.2.2.2.6 Experiencia

Para poder evaluar la STFP con una asistencia concreta es necesario que exista una experiencia reciente con ese servicio². La investigación cualitativa nos permite conocer y comprender mejor la experiencia del paciente en su asistencia clínica. Dentro de este tema se engloba la categoría de experiencia clínica.

Experiencia clínica

Se recoge dentro de esta categoría la experiencia en la asistencia de los pacientes de la CUP. Emerge dentro de esta categoría el código: *experiencia satisfactoria*.

Cód: experiencia satisfactoria

La satisfacción es descrita por todos los pacientes, indicando que su experiencia en la CUP ha sido muy buena y positiva.

“Una experiencia muy positiva, sí, se me arregló el problema por el que venía y alguno más también
(E19_H_18-39_Q_SÍ)

“Bueno, la verdad es que, fue una experiencia muy positiva” (E5_H_40-60_O_SÍ)

“A: ¿Cuál ha sido su experiencia en la clínica?

B: En la clínica, pero es que yo no puedo decir nada más que bueno, bueno, bueno, mil veces. Una maravilla”

(E3_M_+60_Q_SÍ)

“A: ¿Cuál ha sido tu experiencia en la clínica en esta primera vez?

B: Muy, o sea, positiva. O sea, la gente superatenta, super, muy bien, vamos un diez”

(E4_M_18-39_O_SÍ)

“Buena, muy buena y sorprendente” (E6_M_40-60_O_SÍ)

“Pues para mí genial, nunca pensé que me iban a mirar tanto los pies, nunca pensé que se pudiera, ... No sé, es la primera vez que voy a un podólogo. Entonces la verdad es que estupendo” (E13_M_+60_O_SÍ)

“Siempre muy buena, muy buena. Llevo tiempo viniendo y muy buena” (E24_M_40-60_O_NO)

La mayoría de los participantes se manifiestan muy satisfechos con la atención recibida en la CUP, los participantes que expresan su satisfacción con mayor intensidad fueron mujeres mayores de 60 años.

“Pues yo, qué quieres que te diga, yo voy satisfecha de aquí. Soy feliz aquí” (E15_M_+60_Q_NO).

“No, lo único que puedo decir, una maravilla. No puedo decir otra cosa. Que voy encantada, encantada [...] no se puede decir otra cosa” (E3_M_+60_Q_SÍ).

“Nada más porque estoy contentísima [...] Muy bien, estoy muy satisfecha” (E28_M_+60_A_NO).

“No, es que no pensé que-e-e-e. Es que me pareció todo tan positivo, que no pensé que. Bueno, yo sabía que había una clínica podológica y vine por otras amigas y me parece todo muy correcto” (E13_M_+60_O_SÍ).

Algunos participantes que compararon la atención recibida con la de otras clínicas podológicas privadas, a las que habían acudido, se mostraban más satisfechos con la atención recibida en la CUP.

“Pue-e-e-e-s, mejor que en la calle, me hicieron más aquí que en la calle” (E1_H_40-60_Q_SÍ)

“Mi experiencia fue buena, la verdad. Yo había ido a podólogos antes y cómo aquí no lo recibí en ningún sitio” (E14_M_18-39_O_NO)

La mayoría consideraban que no había nada que mejorar y se mostraban totalmente satisfechos.

“No, la verdad es que no. No me parece que haya nada más que mejorar” (E19_H_18-39_Q_SÍ)

“No, de cambio, de mejora, lo que veáis vosotros. Yo para mí está bien. Porque-e-e-e, comparado una cosa con la otra, aun me hicieron más aquí que en la calle” (E1_H_40-60_Q_SÍ)

“Bien, bien, no te puedo decir nada malo, porque para mí no lo hay” (E9_H_+60_Q_NO)

“No, no, es que después, nada, totalmente satisfecha” (E17_M_+60_O_NO)

Por todo ello, se puede afirmar que los participantes se muestran satisfechos con la experiencia vivida en la CUP, considerándola muy buena y positiva. Algunos de ellos equiparan su experiencia o la describen en términos más favorables que la recibida en otras clínicas podológicas privadas. Y manifestando en muchas ocasiones que no mejorarían ningún aspecto y que se sienten totalmente satisfechos.

Como síntesis final, se muestra a continuación el mapa conceptual elaborado a partir del análisis de datos cualitativos (Figura 23).

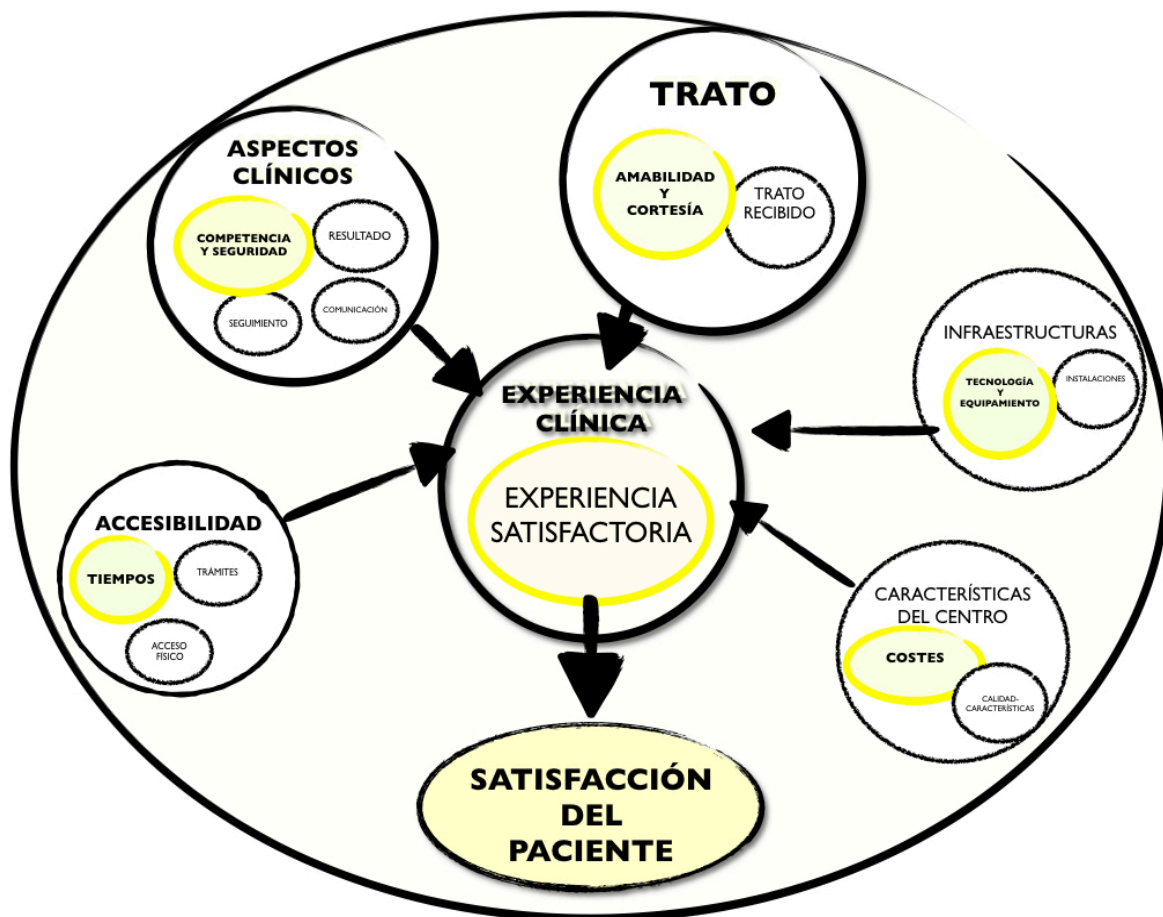


Figura 23. Mapa conceptual. Eje analítico

5.2.3 Informe de auditoría profesional

Se solicitó la participación de dos podólogos docentes con una amplia experiencia en gestión clínica para realizar la auditoría de resultados cualitativos. Serán codificadas de la siguiente manera: Auditor 1 (A_1) y Auditor 2 (A_2).

PERFILES DE LOS AUDITORES

A_1: Podólogo con 17 años de experiencia docente-asistencial en el *practicum* de los estudios universitarios de Podología de la UDC y 10 años de experiencia en gestión académica en la Facultad de Enfermería y Podología de la UDC.

A_2: Podólogo con 6 años de experiencia docente-asistencial en el *practicum* de los estudios universitarios de Podología de la UDC y con 15 años de práctica asistencial y gestión clínica desarrollados en empresa podológica privada.

Tras aceptar la participación en la auditoría, se les remitió el documento con los resultados cualitativos y, a modo orientativo, se establecieron las siguientes preguntas para facilitar su informe:

PREGUNTAS Y RESULTADOS DEL INFORME

Pregunta 1: ¿Cuál es el grado de adecuación de los resultados a tu experiencia como podólogo y docente, en la satisfacción del paciente de la CUP?

“Lo que dicen los pacientes coincide totalmente con mi opinión, donde se destacan todos los aspectos positivos de las atenciones y sólo se percibe como negativo la larga lista de espera para entrada y revisiones de un curso a otro del servicio de ortopodología, así como la perdida de seguimiento del docente en algún caso”. (A_1)

“El paciente de la CUP muestra su satisfacción de forma habitual. Aspectos básicos como el buen trato, la explicación del tratamiento y pautas, el seguimiento adecuado y, por supuesto, la mejora en el estado de salud del paciente hace que las muestras de agradecimiento sean habituales haciéndolo llegar a los propios alumnos, personal de administración y docentes. Por tanto, considero que el grado de adecuación de los resultados en base a mi experiencia es alta y se asemeja a la realidad percibida”. (A_2)

Los dos auditores consideran que los resultados coinciden con la realidad que ellos viven como profesionales docentes de la CUP, por lo cual, consideran que los resultados obtenidos se ajustan a su experiencia.

Pregunta 2: ¿Cuál es el grado de adecuación de los resultados a la experiencia que tú crees que tienen los pacientes de la CUP?

“Lo que dicen los resultados coincide totalmente con la percepción que creo que tienen las pacientes de la CUP en todos sus aspectos: la calidad del servicio, la calidez del trato de docentes y alumnos, el tiempo dedicado y las instalaciones”. (A_1)

“Aunque lo percibido de los pacientes en el día a día sea en su mayoría de agradecimiento y satisfacción, considero que el grado de adecuación de los resultados en base a la experiencia que creo que tienen los pacientes es menor que en la pregunta anterior.

La interrupción del seguimiento en periodo no lectivo, aunque es entendido por el paciente dado que es un centro docente, no es acogido de buen grado. Las pocas facilidades de tramites en gestión de la cita por tener que llamar después de cada periodo no lectivo para incluirse en la lista de espera, creo que genera una baja adherencia al tratamiento por parte del paciente. De hecho, son muchos los pacientes que acuden a revisión sin haber cumplido los tiempos de revisión de los mismos.

La valoración de la calidad de la asistencia es alta, pero, sin embargo, no es valorada como tal en costes considerando pagar por los servicios, tan bien valorados, con “dar algo”, “recibir donaciones”, “lo que no puede costar es lo que cuesta en la calle”, “tampoco precios muy altos” o “lo simbólico”.

El tiempo de espera para cita es considerado excesivo y valorado negativamente. Creo que si esta valoración se la realizásemos tan solo a los pacientes que acuden por primera vez a la CUP y por lo tanto que todavía no han sido solucionadas o paliadas sus dolencias, se encontrarían peores resultados en su valoración”. (A_2)

En esta pregunta existen diferencias entre los auditores. El auditor A_1 está de acuerdo en que los resultados se ajustan a lo que los pacientes perciben, pero el auditor A_2, con experiencia en práctica privada, se muestra más crítico a los resultados, y sugiere que los resultados podrían no ajustarse

totalmente a la realidad y que el paciente de la CUP podría no estar tan satisfecho como se puede extraer del análisis efectuado. En este sentido, aspectos como la interrupción del seguimiento, la larga lista de espera, los problemas de trámites de un curso a otro, cree que generan una mayor insatisfacción entre los pacientes de la que se puede extraer del informe facilitado. Además, considera que, aunque la satisfacción mostrada es alta, esta no se refleja en la opinión sobre el pago del servicio, donde el paciente expresa que estaría tan solo dispuesto a un pago de tipo simbólico o acorde a un centro docente.

Pregunta 3: Hubo algún aspecto llamativo que ha dirigido tu atención con respecto a:

1.1. Que no esperabas que apareciese

“A pesar de llevar 17 años como docente en la CUP, los resultados me han hecho reflexionar positivamente sobre aspectos de la práctica clínica sorprendiéndome en la reflexión, así, por ejemplo, el hecho de que los docentes no nos comunicamos normalmente directamente con el paciente, sino que se lo comunicamos al alumno y este al paciente como parte de su práctica. Situación que siendo totalmente cierta y que el paciente no percibe como negativa, me ha hecho reflexionar de que una práctica que leída sea llamativa, en la práctica diaria no me resulta extraña.

No me esperaba, aunque entiendo como una respuesta que puede producirse más veces de las esperadas, que un paciente refiera interés porque existan más medios técnicos sin especificar alguno en concreto. Lo justifico porque estamos en un periodo de atención sanitaria donde muchos pacientes perciben que a mayor tecnificación mayor calidad, sin importar el motivo.

Me ha sorprendido muy gratamente que aún en las fechas del estudio, la calidad del servicio prestado en la CUP sea percibida mejor que en otras clínicas privadas. Si bien podía ser más habitual al inicio, cuando apenas había clínicas podológicas en la zona y con profesionales con dedicación parcial a la profesión, a día de hoy me ha producido una grata y agradable sorpresa que se siga percibiendo la calidad de la atención como mejor incluso que en algunas clínicas privadas.

Me llama la atención, que los pacientes vean correcto el pagar un importe por la atención (por el gasto de material) pero siempre con un concepto de “donativo” o lo que se puede entender como voluntario. (A_1)

“Destacaría dos resultados:

- *La valoración positiva de las instalaciones y de la tecnología y el equipamiento contrasta con la percepción que docentes y alumnos tienen de las mismas. Son muchos los años y los pacientes que han pasado por las instalaciones que en algunos aspectos no han sido renovados y muestran deficiencias lógicas de su uso. Las únicas críticas negativas las muestran pacientes que dicen “he oído” o que han visto algún fallo puntual de algún equipo durante su atención.*
- *A la hora de valorar la interacción entre profesorado y alumnado me sorprendió la valoración positiva de que la atención fuese llevada a cabo por el alumnado, aspectos como “participan mucho ellos”, “no hablan contigo ellos (docentes), más bien hablan con las chicas”, “todas las chicas daban la opinión de lo que me pasaba”. A priori sería lógico pensar que estos aspectos podrían verse como negativos, reflejando la preferencia del paciente de que la atención fuese llevada a cabo por el docente”. (A_2)*

Los dos auditores se han sorprendido por algunos aspectos que destaca el paciente de la CUP y que no coincide con su percepción como profesional. Los dos coinciden en que no esperaban que apareciese valorado positivamente la atención e información al paciente, llevada a cabo casi exclusivamente por el alumnado. Destacando verbatim como “no hablan contigo ellos, más bien hablan con las chicas” y “participan mucho ellos”. Los dos coinciden en que sería lógico pensar que el paciente reflejara su preferencia por que la atención e información fuese llevada a cabo más por el propio docente.

Uno de los auditores destaca que la percepción del paciente de las instalaciones y equipamiento contrasta con la que tienen docentes y alumnado de las mismas. El paciente tan sólo ha escuchado hablar en algunas ocasiones de la falta de medios o ha visto pequeñas incidencias, pero no muestra insatisfacción con este aspecto.

Además, al auditor con experiencia en gestión universitaria, le ha sorprendido que el paciente expresase una mayor satisfacción en la CUP en comparación con otras clínicas privadas y que esté dispuesto a pagar por el servicio, aunque sea en forma de donativo voluntario.

1.2. Que aparece en el discurso con mucha intensidad

“Repiten su satisfacción con el servicio, así como el buen y familiar trato del personal”. (A_1)

“La comparación de la atención con centros privados y otros servicios del área sanitaria presenta gran fuerza en el discurso. Con no menos intensidad se muestra la valoración positiva en la atención del alumnado, del buen trato y de la preocupación y cortesía del personal. Destacando también la crítica a los trámites e interrupción del seguimiento, tal vez por ser lo más cuestionado del conjunto de la atención en la CUP”. (A_2)

Los aspectos que los auditores destacan como más intensos en el discurso son el buen trato y la preocupación y cortesía del personal, así como la comparación con otros centros y las críticas a los trámites e interrupción del seguimiento.

Pregunta 4: ¿Qué aspectos crees que podrían ser útiles para mejorar la práctica clínica?

“Lo primero, seguir reforzando la apuesta por la calidad del servicio y la atención personal al paciente pues supone un gran refuerzo como profesional saber que estos aspectos son percibidos y muy valorados por los pacientes.

Otro tema que parece resolver el eterno debate sobre si cobrar o no una parte de los servicios prestados, la opinión de los pacientes en este caso arroja una interesante luz al debate introduciendo la posibilidad de recibirla como donativos voluntarios, que permitiría reforzar los ingresos económicos suponiendo una carga sólo para aquellas personas que tengan posibilidades económicas y así lo deseen”.(A_1)

“La atención del paciente comienza en el momento de admisión del mismo por lo que la facilidad de los trámites de citas y revisiones deberían gestionarse de forma más ágil y con más facilidades para el paciente. Las mayores valoraciones negativas al centro hacen referencia a largas listas de espera y gestión de citas para revisiones. Una mejora en este aspecto redundaría en una mejora de la práctica clínica.

Vistos los resultados y lejos de lo que pensaba antes de valorarlos creo que la mayor autonomía en la atención el paciente por parte del alumno redundaría en otra mejora importante. La

entrega del alumno en el trato, su preocupación y empatía con el paciente son valorados positivamente y puede que sustituyan con creces carencias lógicas de la inexperiencia del alumnado". (A_2)

Las mejoras en la práctica clínica de la CUP propuestas por los auditores hacen referencia principalmente a apuesta por la calidad del servicio y la atención personal al paciente, a la mejora de los trámites de cita de seguimiento, las listas de espera para primera consulta, el refuerzo de los ingresos económicos y el refuerzo de la autonomía del alumnado en la atención del paciente.

6. CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

6.1 Características y propiedades métricas del cuestionario.

En este apartado se discutirán las características y propiedades métricas del instrumento de medida cuantitativo, contrastando los resultados obtenidos, especialmente la estructura factorial subyacente, con los establecidos en la versión original del *Cuestionario sobre la calidad de la atención en el Área Clínica de Podología*.

6.1.1 Validez del cuestionario

CORRELACIÓN ENTRE ITEMS

En cuanto a los resultados obtenidos en la correlación entre ítems, tal y como han mostrado los autores originales^{119,120}, se observa que existen dos ítems que se muestran muy independientes del resto del cuestionario. En concreto el ítem 3 *“la facilidad de acceso para llegar al centro (horario, aparcamiento, transporte público, ...)”* y el ítem 24 *“sabría identificar a las personas que le han atendido (profesor, estudiante, personal auxiliar, ...)”*.

En la presente investigación la mayor correlación entre ítems se encuentra entre el ítem 8 *“el trato recibido por parte del personal”* y el ítem 9 *“amabilidad y cortesía del personal que le ha atendido”*. Otra de las correlaciones importante es la que muestran el ítem 13 *“la información sobre su problema de salud que le ha proporcionado el personal”* y el ítem 15 *“claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas”*. Esto contrasta parcialmente con los resultados de validación del cuestionario original^{119,120}, donde la mayor correlación la presenta el ítem 17 *“la confianza y seguridad transmitida por el personal”* y el 16 *“el interés del personal por solucionar su problema”*. Seguida, al igual que en los resultados de nuestra investigación, de la correlación entre el ítem 13 y 15. A pesar de que en el estudio original la correlación entre el ítem 8 y 9 ha sido alta, existen otros ítems con mayor correlación.

En los resultados de esta investigación el ítem 13 *“la información sobre su problema de salud que le ha proporcionado el personal”*, correlaciona de forma significativa con un mayor número de ítems (14, 15, 16 y 19). Esto es coincidente con los resultados del estudio original^{119,120} en el que la

correlación del ítem 13 con otros ítems también ha resultado elevada en cuanto al número y valor de correlación, especialmente con los ítems 14, 15, 16 y 17.

VALIDEZ DEL CONSTRUCTO

Con el objetivo de contribuir a depurar y refinar el instrumento, se ha considerado oportuno contrastar la estructura factorial original, empleando para ello los datos de la muestra del presente estudio.

Con carácter general, es necesario destacar que los resultados obtenidos en relación a la estructura factorial contrastan y difieren de forma bastante importante con los propuestos originalmente¹²⁰ (ver tabla 10 en apartado 5.1.3.1). Las diferencias resultan notables hasta el punto de que se propone una estructura factorial alternativa que, a nuestro juicio, gozaría de una mayor validez de contenido. De este modo, el estudio de la dimensionalidad a través del análisis factorial exploratorio del cuestionario ha mostrado una estructura factorial compuesta por seis componentes, que dan cuenta de casi un 61% de la varianza. El modelo factorial obtenido se diferencia, pues, del propuesto por los autores del estudio original¹²⁰ en el que se identifica una estructura factorial en cinco factores, en lugar de seis, con una varianza acumulada de 63,8%.

El primer factor identificado en el presente estudio, **«Aspectos clínicos»**, hace referencia a cuestiones relacionadas con la asistencia en un sentido amplio, y está constituido por 9 ítems. Esta dimensión por tanto aglutina ítems como *“el interés”* (ítem 16) y *“confianza transmitida por parte del profesional”* (ítem 17), *“la información transmitida al paciente”* (ítem 13) y *“familiares”* (ítem 14), *“la claridad de las pautas y tratamiento”* (ítem 15) y *“los folletos informativos facilitados”* (ítem 12), *“el seguimiento personalizado”* (ítem 10) y *“la opinión del paciente sobre el tratamiento propuesto”* (ítem 19) o *“el cuidado de la intimidad”* (ítem 18). Este factor está recogiendo aspectos relacionados tanto con la asistencia técnica como con la información hacia el paciente.

Estos datos difieren parcialmente del estudio original¹²⁰, en el que también se identifica un factor denominado **«Aspectos clínicos»**, pero en este caso integrado por 8 ítems. Coincidiendo con este estudio, en la saturación de 4 ítems: el ítem 10 *“el seguimiento personalizado”*, 16 *“el interés del profesional”*, 18 *“cuidado de su intimidad”* y 19 *“su opinión sobre el tratamiento propuesto”*. No obstante, al contrario que en nuestra investigación, en el estudio original¹²⁰ dentro de este factor se incluyen otros ítems relacionados, a nuestro juicio, con las infraestructuras y equipamiento, como *la comodidad de la sala de espera* (ítem 21), *la tecnología de los equipos* (ítem 22), *su señalización* (ítem

23) y *la identificación del personal* (ítem 24). En la presente investigación estos ítems han saturado de forma coherente en los factores **«Infraestructuras»** y **«Acceso»**, respectivamente.

Adicionalmente, los ítems que en la presente investigación completan la dimensión **«Aspectos clínicos»** fueron el ítem 12 *“los folletos informativos facilitados”*, el ítem 13 *“la información transmitida al paciente”*, el ítem 14 *“la información a familiares”*, el ítem 15 *“la claridad de las pautas y tratamiento”* y el ítem 17 *“la confianza transmitida por parte del profesional”*). Todos estos ítems saturaban en el estudio original¹²⁰ en otro factor independiente denominado “Información”. Si bien esta opción resultaría también coherente salvo por la inclusión del ítem 17, más relacionado con la confianza transmitida, no parece desacertado que tanto la confianza como los aspectos comunicacionales se identifiquen como un aspecto clínico.

El segundo de los factores denominado **«Trato»**, incluye tres ítems relacionados con la *amabilidad y cortesía percibida* (ítem 9), *el trato en general* (ítem 8) y *la satisfacción con la relación calidad-precio* (ítem 11). Por su parte, en el estudio original¹²⁰ no se había identificado este factor y los ítems 8, 9 y 11 saturaban a su vez en otro factor denominado “Administración e instalaciones”, junto con los ítems 1, 2 y 20.

Por este motivo, parece una opción mucho más razonable que el ítem 8 y 9 se incorpore dentro de este nuevo factor, ya que miden esencialmente variables relacionadas con el trato o cuidado interpersonal. Esta dimensión se refiere a la interacción entre el paciente y el personal sanitario en términos de comportamientos afectivos y comunicación. En este sentido se ha demostrado sobradamente la gran importancia que adquiere este determinante en la evaluación de los cuidados^{83,84}.

En cuanto al ítem 11 relacionado con la *“satisfacción con la relación calidad-precio”*, ya se han adelantado las especiales características que hacen que en la CUP como centro asistencial público y docente, el usuario no debe abonar ninguna tasa u honorario a cambio de la atención recibida. De este modo, los elevados niveles STFP que se han identificado, en contraposición con unas posibles expectativas o creencias iniciales en cuanto a la calidad esperada en un centro en el que no debe abonarse el precio del servicio, podría explicar que algunos pacientes encuentren aquí un motivo de calidad inesperada⁶³ o sobresatisfacción al responder a expectativas latentes⁶⁴. Esta peculiaridad, que no debe ser obviada, puede llevar a que muchos pacientes valoren este criterio como una suerte de cortesía o relación simbiótica en la que ambas partes ofrecen y reciben beneficios.

La tercera dimensión, que hemos denominado **«Infraestructuras»** incluye a los ítems relacionados con la valoración del *estado físico del centro* (ítem 20), *comodidad de la sala de espera* (ítem 21), su *señalización* (ítem 23) y *tecnología de los equipos* (ítem 22). En el estudio original¹²⁰ los ítems 21, 22 y 23 se incluyen dentro del factor “Aspectos clínicos” y el ítem 20 dentro del factor “Administración e instalaciones”. Si bien existe una coincidencia en la ubicación del ítem 20, la estructura factorial alternativa parece mucho más adecuada al incluir elementos como la sala de espera, la señalización y la tecnología dentro del factor Infraestructura en contraposición a la propuesta original de incluirlos dentro del factor Aspectos clínicos.

En este sentido, cabe señalar que el entorno físico donde se lleva a cabo la asistencia sanitaria tiene una alta influencia en la STFP⁸³. La mayoría de los estudios engloban dentro de este determinante el ambiente, la comodidad de las salas, la limpieza, el nivel de ruido, la adecuada temperatura, la adecuada iluminación, la claridad de las indicaciones, la disposición de equipos y las facilidades de estacionamiento⁸³. Por lo que, en definitiva, parece bastante coherente incorporar este factor y hacerlo con los ítems que saturan en el mismo con los datos del presente estudio.

El cuarto de los factores de este estudio está conformado por dos ítems relacionados exclusivamente con los *trámites de admisión* (ítem 1) y de *sucesivas citas* (ítem 2), por lo que se identificó como **«Trámites»**. Esto difiere de los resultados del estudio original¹²⁰ en el que el ítem 1 y 2 saturaban *a priori* de forma razonable dentro del factor “Administración e instalaciones”, pero junto con otros ítems relacionados principalmente con el trato (ítem 8, 9 y 11) de más difícil justificación.

Por su parte, los ítems relativos a los **«Tiempos»** saturaron en el quinto de los factores. En concreto, se valoraron los *horarios de la cita* (ítem 7), *el tiempo de espera para recibir atención en el centro* (ítem 6), así como, *el tiempo transcurrido entre la solicitud de cita y la fecha de consulta* (ítem 5). Este factor resulta plenamente coincidente con los resultados del estudio original¹²⁰, que recoge los mismos ítems dentro del factor “Tiempos y esperas”.

Y el último y sexto factor identificado incluyó los reactivos vinculados con la *facilidad de acceso al centro* (ítem 3), *las adaptaciones a personas con movilidad reducida* (ítem 4), así como, *la correcta identificación del personal* (ítem 24). Por ello, recibió el nombre de **«Accesos»**. El estudio original

recoge el ítem 3 como único ítem que conformaría el factor “Accesos”. El ítem 24 “*correcta identificación del personal*”, que en los resultados del presente estudio se muestran dentro del factor «**Accesos**», en el estudio original satura dentro del factor “Aspectos clínicos”. Y el ítem 4 relacionado con “*las adaptaciones para personas con movilidad reducida en el acceso al centro*”, que en nuestra investigación ha saturado dentro del factor «**Accesos**», en el estudio original fue eliminado previamente, debido al alto porcentaje de respuestas en blanco que ofreció durante el pilotaje.

La accesibilidad del servicio sanitario, medida a través de aspectos organizacionales, se ha asociado positivamente con la STFP. Los aspectos relacionados con la accesibilidad del servicio son: una buena ubicación y acceso físico al centro sanitario, poco tiempo de espera, servicio rápido, proceso de admisión y alta sencillo y poco tiempo de espera y esfuerzo para obtener una cita⁸³. Con ánimo de responder a la verdad, deberíamos admitir que este determinante tan amplio de la STFP, en los resultados de nuestra investigación, realmente se encuentra recogido implícitamente en tres factores como «**Trámites**», «**Tiempos**» y «**Accesos**».

CORRELACIÓN ENTRE FACTORES

En el estudio de la correlación entre factores, el análisis factorial ha mostrado una correlación estadísticamente significativa entre todos los factores. Especialmente de la dimensión «**Aspectos clínicos**», con los factores «**Infraestructuras**», «**Trato**» y «**Tiempos**». Estos datos no pueden contrastarse con el estudio original¹²⁰ debido a que no son aportados en la investigación.

La correlación entre los ítems y los diferentes factores nos ha permitido demostrar la validez del cuestionario.

6.1.2 Fiabilidad del cuestionario

En cuanto a la fiabilidad del cuestionario, los datos obtenidos permiten afirmar que el cuestionario es un instrumento fiable, con un valor Alpha de Cronbach de ,881 para el total de la escala. Esto apoya los datos reportados por los autores del estudio original¹²⁰, quienes obtuvieron también una alta consistencia interna, con un valor de Alpha de Cronbach de ,91 para el total de la escala.

Tan solo la eliminación del ítem 3, parecía proporcionar un incremento en la consistencia interna, obteniendo un valor marginalmente superior (Alpha de Cronbach de ,888), por lo que se consideró

adecuado conservar todos los ítems. Los autores del cuestionario¹²⁰ también estudiaron la posibilidad de la eliminación del ítem 3 y 24 para aumentar la fiabilidad, pero tras obtener resultados poco significativos estimaron adecuado mantener todos los ítems, al igual que en la presente investigación.

6.2 Satisfacción de la atención y su relación con las características sociodemográficas.

En este apartado se discutirán los resultados relativos al nivel de STFP con la atención reportada por los pacientes de la CUP y su relación con las características sociodemográficas estudiadas. Para ello se discuten los resultados con el estudio original y se lleva a cabo la complementariedad de los resultados cualitativos y cuantitativos.

Los pacientes de la CUP se manifiestan satisfechos con la atención recibida, tanto en la fase cuantitativa como cualitativa.

Cuantitativamente se han encontrado resultados de nivel de STFP superiores al estudio original¹¹⁹. En la presente investigación se ha clasificado el nivel de satisfacción con la atención como BUENA, con una puntuación media para los 24 ítems del cuestionario de $4,48 \pm 0,34$. Cabe destacar que el percentil 10 alcanza un valor de 4,03, lo que equivale a que el 90% de la muestra ha informado de un grado de satisfacción superior a ese valor. A pesar de que no contamos con estándares de referencia en el ámbito podológico, si tomamos como referencia la industria de servicios en general en la que se tiende a considerar como límite mínimo un 80% de clientes satisfechos (citado por Saturno¹), los datos superarían holgadamente los mínimos a alcanzar.

Coheña¹¹⁹ a pesar de obtener una puntuación por encima del valor 4 (*"satisfecho"*), ya que la media obtenida es $4,01 \pm 0,38$, reporta valores bastante inferiores a los encontrados en la presente investigación. De igual modo, la mediana o percentil 50 (3,97) se encuentra también alejada de la obtenida con la muestra de la CUP de la UDC.

Este hecho se encuentra perfectamente reflejado en la fase cualitativa, tanto de forma global como multidimensional, mostrando una experiencia satisfactoria en su conjunto y una buena satisfacción con la mayoría de los aspectos relacionados con la experiencia en la CUP.

Se discute a continuación acerca de los resultados obtenidos en la STFP en relación a las características sociodemográficas.

SEXO

Respecto al sexo, la media de las puntuaciones obtenidas en relación a la satisfacción de los varones es de 4,46, ligeramente inferior a la obtenida en las mujeres (4,49). Sin embargo, la citada diferencia no resulta estadísticamente significativa.

Batbaatar et al⁸³ en su revisión sobre los determinantes de la STFP defiende que no existe un patrón claro de satisfacción con la asistencia sanitaria entre los varones y las mujeres. Por su parte, Crow et al⁸⁴ en su revisión sistemática concluyen también que no se pueden extraer conclusiones firmes sobre la relación entre la satisfacción y el sexo. Así, entre los 39 estudios que investigaron este problema: las mujeres estaban significativamente más satisfechas en seis (15,4%); los hombres estaban significativamente más satisfechos en siete (17.9%); y la relación no era significativa en los otros 26 trabajos (66.7%).

Utilizando el mismo instrumento, Coheña¹¹⁹ a pesar de encontrar unas puntuaciones medias ligeramente más altas en mujeres (4,04), que en varones (3,96), al igual que en nuestra investigación, la diferencia no alcanzó la significatividad estadística.

En los resultados cualitativos tampoco se muestran diferencias importantes en relación a este perfil en la satisfacción expresada. Aunque sí han mostrado que los participantes que expresan su satisfacción con mayor intensidad eran mujeres.

EDAD

Los resultados de nuestra investigación muestran que el grupo de pacientes mayores presentaba niveles más altos de satisfacción (4,53), respecto al resto de grupos: mediana edad (4,48) y jóvenes (4,44).

Tal y como muestra nuestra investigación, la literatura de la STFP apoya la mayor satisfacción con la asistencia sanitaria de los pacientes mayores. Batbaatar⁸³ afirma que la edad de los pacientes es la variable sociodemográfica más importante y consistente en la satisfacción con la atención sanitaria. La mayoría de los estudios de STFP concluyen que los mayores estaban más satisfechos con los

servicios de salud que los más jóvenes. Crow et al⁸⁴ hallaron que de los 58 estudios que analizaron, la relación entre la satisfacción reportada y la edad confirmó lo propugnado por la sabiduría popular: los encuestados mayores estaban significativamente más satisfechos en 41 (70,7%); los encuestados más jóvenes fueron significativamente más satisfecho en cuatro (6,9%); y la relación no fue significativa en 13 (22,4%). Además, manifestaban que se requeriría de mayor investigación para aclarar el por qué las personas mayores reportan habitualmente mayores niveles de satisfacción. Apuntan a que esta realidad podría reflejar en cierta medida el efecto del ciclo de vida o generacional, haciendo que las personas mayores resulten más estoicas, o bien, que engendren un mayor respeto y cuidado hacia su proveedor de salud. También podría significar que tienen menores expectativas, basadas en experiencias previas vividas cuando los estándares de calidad eran más bajos.

Estos resultados contrastan con los de Coheña¹¹⁹ quien no encuentra diferencias significativas entre los diferentes intervalos de edad.

Por su parte, los resultados cualitativos de la presente investigación apoyan la hipótesis de que la edad sí puede estar relacionada con la satisfacción al observarse que los participantes que expresan su satisfacción con mayor intensidad eran aquellos mayores de 60 años.

Teniendo en cuenta que la profesión podológica es relativamente nueva y que parte de una figura menos profesionalizada y con menos competencias técnicas, es posible que las expectativas o necesidades demandadas por los más mayores hacia la profesión podológica resulten menos ambiciosas. Estas expectativas o necesidades, basadas en experiencias previas, podrían ser menores que en los más jóvenes, que ya han visto en el podólogo a una figura profesional mucho más especializada. Esto podría llevar a que las necesidades básicas o demandadas de los más jóvenes, se consideren inesperadas para los más mayores, generando una mayor satisfacción⁶⁴.

SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a la situación laboral, se observaron resultados estadísticamente significativos para el **total del cuestionario** y para dos de los factores («**Infraestructuras**» y «**Tiempos**»).

Para el **total del cuestionario**, el grupo de pacientes jubilados ha sido el grupo que valora más favorablemente su satisfacción con la atención. En la dimensión «**Infraestructuras**», los jubilados se han mostrado también más satisfechos que los trabajadores en activo, especialmente en lo relativo

al estado físico del centro, la comodidad de la sala de espera y, la tecnología y equipamiento. Y en el factor «**Tiempos**», es una vez más el jubilado el que se muestra más satisfecho en comparación con el grupo activo y el grupo mixto (estudiantes, trabajadores de hogar y desempleados), especialmente en el ítem relacionado con el *tiempo para ser atendido*. Es obvio pensar que el paciente jubilado dispone de más tiempo y menos prisas, por lo tanto, es más tolerante con los tiempos de espera para ser atendido.

La situación de jubilación es, por tanto, un factor que parece tener relación con la STFP en nuestra investigación. Este hecho podría estar relacionado, como indican Crow et al.⁸⁴ con que las personas en edad de jubilación podrían ser más estoicas y probablemente haber vivido épocas de peor calidad que las actuales. Hecho que se podría traducir en una menor exigencia en algunos aspectos de la atención sanitaria, como el estado físico del centro, la comodidad de la sala de espera y, la tecnología y el equipamiento, como muestran los resultados.

Además, el paciente jubilado habitualmente dispone de más tiempo y mayor flexibilidad, por lo tanto, se podría manifestar más tolerante con los tiempos de espera para ser atendido, tal y como recogen los resultados.

NIVEL DE ESTUDIOS

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al nivel de estudios para la mayoría de las dimensiones del cuestionario, al igual que en el estudio original¹¹⁹. Salvo en el factor «**Accesos**», en el que los pacientes sin estudios se muestran menos satisfechos en comparación con aquellos que tienen estudios primarios/secundarios y universitarios, especialmente en lo relativo a la *identificación del personal*. Por el contrario, los pacientes sin estudios se muestran más satisfechos con el *horario de las citas*, que el resto de grupos.

En general, los hallazgos sobre las relaciones entre el nivel de estudios y la STFP son inconsistentes, ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas⁸³. Se podría pensar que, en la presente investigación, la mejor satisfacción con la identificación del personal podría quizás estar relacionada con una mejor alfabetización o no del paciente, hecho que podría dificultar la lectura de la tarjeta identificativa que porta obligatoriamente el personal de la CUP. Esta afirmación debe considerarse como una mera hipótesis, ya que el hecho de no tener estudios *per se* no supone la analfabetización, aunque quizás una menor atención a estos detalles.

LUGAR DE RESIDENCIA

Donde no se han encontrado diferencias significativas ha sido en el lugar de residencia, tanto en el total del cuestionario como en los diferentes factores.

En el estudio de Coheña¹¹⁹ tampoco se muestran diferencias significativas en relación a esta variable.

Tanto los pacientes residentes en Ferrol, como los residentes en ayuntamientos colindantes, pertenecientes en su mayoría a la Comarca de Ferrolterra, la cual engloba tanto zonas urbanas y rurales, comparten centros sanitarios especializados, dentro del Área Sanitaria y el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. El hecho de que la CUP se encuentre dentro de las mismas instalaciones podría no generar diferencias en cuanto a la STFP en relación a esta característica, y considerarse parte del conjunto de especialidades sanitarias.

6.3 Determinantes de la satisfacción del paciente de la CUP

6.3.1 Trato

El «**Trato**» es el aspecto que los pacientes de la CUP señalan como más satisfactorio y, por lo tanto, mejor valorado. No en vano, alcanzando valores cuantitativos cercanos al máximo (4,90). Esto coincide con los resultados cualitativos, donde se destaca el *Trato* como un aspecto muy bien valorado por los pacientes durante su experiencia en la CUP, sin mostrar diferencias entre los diferentes perfiles.

En el estudio de Coheña¹¹⁹ los aspectos relacionados con el *Trato* también han sido los mejor valorados en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla, con una puntuación media de 4,66.

Dentro del factor «**Trato**» los pacientes de la CUP destacan el buen trato recibido, con una puntuación media de 4,93. Los pacientes de la CUP expresan que han recibido un buen trato, cordial y cercano. Destacan significativamente la *amabilidad y cortesía del personal* de la CUP, siendo este ítem el que ha recibido la puntuación más alta del cuestionario (4,94). Esto ha sido expresado

igualmente durante la etapa cualitativa de la investigación, a través de la percepción de la preocupación y empatía mostrada por el personal (alumnado y docentes), que le ha atendido.

Ellis¹³³ en el desarrollo de su tesis doctoral sobre la relación podólogo-paciente, llevada a cabo con metodología cualitativa concluye que, tanto en el sistema sanitario público, como en la práctica privada, la conexión personal entre el podólogo y el paciente se considera como un elemento esencial de cualquier relación terapéutica efectiva.

En este sentido, cabe destacar como Chris Boden¹³⁴ en un estudio de corte cualitativo sobre la relación podólogo-paciente en la atención de personas mayores, afirma que los participantes expresaron una relación con el podólogo diferente a la relación que mantenían con otros profesionales sanitarios. Los participantes expresaron que el podólogo desempeñaba un papel mucho más cariñoso. Además, destacan la relación podólogo-paciente como pieza clave para una atención podológica centrada en el paciente. Éste hecho coincide con lo expresado por algunos de los participantes de nuestra investigación, que afirmaban encontrar diferencias en el trato recibido en la atención podológica de la CUP con respecto a otros ámbitos sanitarios públicos.

A pesar de ello, otros estudios realizados en diferentes ámbitos sanitarios determinan también que la *relación interpersonal o trato* es uno de los factores con más peso y mejor valorado en la STFP^{96, 97, 99,100,135}. Solves et al¹³⁵ en un estudio cualitativo sobre la STFP, llevado a cabo en hospitales y atención primaria, observan que de los aspectos mejor valorados en los diferentes servicios asistenciales (hospitalización, obstetricia, pediatría, consultas externas, atención primaria y urgencias), el trato fue el más destacado.

En un ambiente clínico homogéneo, López-Garvi¹³⁶, en la Clínica Odontológica de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia, tras el estudio de la STFP, coincide con los resultados de nuestra investigación. En este sentido concluye que la STFP con el trato recibido por su alumnado fue alta en casi el 95 % de los casos. El resto de los pacientes refirieron un grado de satisfacción media, no hallando ningún caso en el que la pudieran definir como baja.

Por su parte, Gómez-Besteiro et al.⁹⁹ al evaluar la calidad de la atención en un centro de salud urbano de A Coruña, complementando también la metodología cuantitativa (cuestionario SERVPERF) con un enfoque cualitativo, detectaron que los aspectos relacionados con la relación interpersonal de los médicos fueron los mejor valorados (6,5 sobre 7). Por el contrario, la amabilidad del personal no sanitario resultó puntuado con uno de los valores medios más bajos (4,4 sobre 7).

En el entorno de la atención de urgencias, Gea et al¹⁰⁰ en un estudio *mix method*, que utiliza el cuestionario SERVQUAL, para evaluar la calidad de un servicio de urgencias médicas, concluyen igualmente que el trato personalizado que ofrece el personal sanitario (médico y enfermería) es valorado positivamente (8,57 y 8,24 sobre 10 respectivamente) mostrándose más bajo el ofrecido por el personal no sanitario (celador 7,83 y administración 7,88 sobre 10).

Independientemente de estos resultados no debería obviarse la necesidad de evaluar y mejorar el trato ofrecido a los diferentes usuarios de los servicios sanitarios, tal y como se desprende de los últimos datos del barómetro sanitario¹³⁷ del año 2018, llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, detectando que el trato que los/as profesionales sanitarios/as del sistema sanitario público dispensan a los usuarios se sitúa entre los 5 principales problemas que el paciente considera que deben de mejorarse.

En los resultados cualitativos, se destacó el trato cercano y familiar recibido en la CUP, comparándolo con otros centros asistenciales públicos.

Tal y como recogen los datos cualitativos, los pacientes de la CUP perciben un alto nivel de empatía por parte de los estudiantes. En este sentido, se ha documentado que los estudiantes de profesiones sanitarias comienzan sus estudios con un alto nivel de empatía. Bertram K et al.¹³², en 2016, en un estudio sobre la empatía de los estudiantes de Medicina Podiátrica encuentran valores muy altos de empatía (134 sobre 140 puntos). De este modo se atreven a sugerir que esto responde a la existencia de un deseo innato en la juventud y el futuro de la profesión sanitaria para ser empático. Sin embargo, lamentablemente este deseo parece desvanecerse existiendo una disminución significativa en la empatía a medida que los estudiantes sanitarios progresaban sus estudios, aunque este hecho parece no resultar significativo entre los estudiantes de Podología.

Se podría pensar que, tal y como expresa uno de los auditores en la fase cualitativa, el alumnado universitario supla parte de las carencias profesionales de su inexperiencia, con la entrega de un trato agradable y cercano hacia el paciente.

6.3.2 Trámites

El factor «**Trámites**» ha sido bien valorado cuantitativamente, con puntuaciones medias de 4,72, tanto los relativos a la primera cita (4,73), como a los relacionados con volver a pedir cita (4,72).

Estos resultados se muestran igualmente en la fase cualitativa, aunque con ciertas discrepancias, permitiéndonos indagar un poco más en ellos y realizar un análisis más detallado.

Los pacientes de la CUP se manifiestan satisfechos con los trámites para obtener cita y los consideran fáciles, destacando la buena atención telefónica y la disponibilidad del servicio ante situaciones de urgencia.

Por el contrario, en los resultados cualitativos, se ha detectado cierta insatisfacción en los trámites necesarios para retomar la cita, una vez que finaliza el periodo lectivo, especialmente en el servicio de Ortopodología. De este modo, algunos pacientes han mostrado su descontento por tener que ser ellos los que deban volver a contactar con la CUP para pedir cita de nuevo en el comienzo de curso académico. Lo que ocasiona retrasos en su atención y una discontinuidad o interrupción del seguimiento del tratamiento ortopodológico. Por lo que, a pesar de contar con resultados cuantitativos buenos (4,72), en líneas generales los trámites de citas de seguimiento constituyen un elemento que necesita ser revisado.

Coheña¹¹⁹ en sus resultados muestra que los ítems relacionados con los **Trámites**, están dentro del factor peor valorado en su investigación. Aunque es preciso destacar que estos valores medios podrían verse sesgados por el hecho de que los ítems que conforman el factor resultan diferentes a los empleados en la presente investigación. Como tampoco se informa de las puntuaciones medias a nivel de ítem, resulta imposible hacer una interpretación o comparación al respecto.

En otros ámbitos sanitarios, los trámites relacionados con cuestiones burocráticas o administración, por lo general, han sido aspectos bien valorados^{96,97,100}, aunque con valores un poco más bajos en el ámbito de atención primaria⁹⁹.

6.3.3 Aspectos clínicos

Otro de los elementos que obtiene una mayor puntuación son los **«Aspectos clínicos»**. Dentro de este factor cabe señalar que aquellos aspectos que los pacientes describen cuantitativamente como más satisfactorios son los relacionados con el *interés del personal, la confianza y seguridad transmitida*, y, *el cuidado de su intimidad*.

El *interés del personal* ha sido el ítem mejor valorado dentro del factor **«Aspectos clínicos»**, con una puntuación media cuantitativa de 4,76. En los resultados cualitativos, no se recoge este aspecto

como una categoría, pero sí se podría ver reflejado dentro de la categoría de *amabilidad y cortesía* y *competencia y seguridad*.

El interés mostrado por parte de los profesionales sanitarios es otro de los aspectos bien valorado en otros ámbitos clínicos. Sanz ¹³⁸ en el estudio de STFP en la Clínica Universitaria de Odontología de la Universidad de Salamanca obtuvo datos similares en el interés mostrado por el alumnado (4,36 sobre 5). Gómez-Besteiro et al⁹⁹, en atención primaria, obtienen datos semejantes en el interés del personal por solucionar su problema (6,6 sobre 7). No obstante, Díaz ⁹⁷, en un estudio de la sanidad pública de Málaga, obtiene valores significativamente inferiores (4,17 sobre 6).

La *confianza y seguridad* transmitida por el personal de la CUP a los pacientes durante su asistencia ha sido otro de los ítems mejor valorados dentro del factor «**Aspectos clínicos**», con una puntuación media de 4,69 en los resultados cuantitativos. Esto concuerda con los resultados cualitativos, donde los pacientes destacan la *competencia y seguridad* transmitida, tanto por parte del alumnado, como por parte del docente. Del alumnado han resaltado la buena atención recibida y el que no le hayan hecho ningún daño durante el proceso. Y del docente, el hecho de estar pendiente del alumnado, controlando y supervisando su trabajo.

El hecho de que la CUP sea un centro docente donde el alumnado debe adquirir destreza técnica, podría llevar a que el paciente llegase a la clínica con cierto recelo y con la expectativa de poder sufrir ciertos dolores o daños durante la asistencia, especialmente en el servicio de Quiropodología debido a sus especiales características. Esto se pone de manifiesto en la fase cualitativa, donde el paciente expresa la seguridad transmitida por el alumnado haciendo mucho hincapié en que no le hayan hecho daño durante la asistencia y se hayan preocupado por su bienestar físico. Esto podría reflejar que está satisfecho teniendo en cuenta sus expectativas o deseos previos. Además, la supervisión del docente parece haberles aportado también un plus de seguridad y confianza necesaria.

Se destaca, también dentro de este aspecto, la buena acogida por parte del paciente de la participación del alumnado en su asistencia, hecho que ha sorprendido a los auditores en la fase cualitativa al considerar que esto podría ser interpretado como negativo. Y refuerza los resultados de la satisfacción con la competencia y seguridad del alumnado.

Sin embargo, no debe olvidarse que en ocasiones parece que los pacientes a la hora de evaluar la calidad de la asistencia técnica o competencia profesional encuentran ciertas limitaciones, debidas a la falta de conocimientos específicos, y terminan evaluando este atributo a partir de la amabilidad

y cortesía que le brindan o transmiten los profesionales sanitarios^{47,65,83}. Es por ello que, la evaluación de este aspecto debería ser abordado desde otros enfoques y perspectivas.

El *cuidado de su intimidad*, a pesar de ser un ítem bien valorado, con una puntuación alta en los resultados cuantitativos (4,69), no ha sido expresado por los participantes en la fase cualitativa, por lo que no podemos contrastar los resultados de ambas metodologías. Puede que la demanda hacia este aspecto sea menor en un centro docente o incluso presente alguna connotación de pudor como para ser expresada libremente en la fase cualitativa, pero al ser preguntado de modo específico en la fase cuantitativa sí han mostrado su satisfacción con la preservación de esta importante cuestión.

Otro aspecto bien valorado según los resultados del cuestionario ha sido el *seguimiento personalizado*, con una puntuación media de 4,68. A pesar de ello, en la metodología cualitativa, se detectaron ciertas discrepancias. Por un lado, los participantes afirmaban tener un seguimiento adecuado y se sentían bien controlados, pero, por otro lado, algunos participantes manifestaron una interrupción del seguimiento del paciente durante el periodo no lectivo, lo que dificultaba el control del tratamiento, especialmente en el servicio de Ortopodología. El hecho de que la CUP sea un centro docente, donde la atención se presta únicamente durante el periodo lectivo y en los horarios de las materias del *practicum*, provoca una interrupción del tratamiento y seguimiento durante los periodos de inactividad. Esto genera insatisfacción en los pacientes de la CUP, ya que causa demoras en sus citas de seguimiento, tal y como se recoge en los resultados cualitativos.

Para Coheña¹¹⁹ los «**Aspectos clínicos**» representan el tercer factor mejor valorado, obteniendo valores de 4,19 de media. Aunque, no se puede hacer una traslación íntegra de los resultados, ya que existe una importante variabilidad de los ítems que conforman el factor con respecto a nuestra investigación.

Aquellos aspectos relacionados con la información hacia el paciente y sus familiares, como *claridad de tratamiento y pautas*, la *información sobre su problema de salud facilitada al paciente y a sus familiares*, y, *su opinión sobre el tratamiento propuesto*, han obtenido puntuaciones similares en los resultados del cuestionario, con valores comprendidos entre 4,64 y 4,41. El elemento mejor valorado dentro de los mismos ha sido la *claridad de tratamiento y pautas (4,64)*. Este resultado coincide con los resultados cualitativos donde se resalta la claridad de las explicaciones y pautas facilitadas al paciente. Los participantes hicieron referencia a la preocupación por parte de los proveedores de salud (alumnado y profesorado) por hacer entender el tratamiento que se le estaba aplicando en cada momento, así como, por hacer comprender las pautas y tratamientos a seguir.

Cabe pensar que este aspecto puede verse influenciado por el hecho de que la asistencia podológica de la CUP tenga también una marcada finalidad docente. Esto puede hacer que la información y explicaciones que recibe el paciente resulten mucho más didácticas que en un ambiente clínico profesional. Aunque este hecho no se muestra en los resultados de otros ámbitos universitarios, obteniendo valores inferiores que los de la presente investigación. Sanz ¹³⁸ en la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca observa valores discretamente más bajos, de 4,27 sobre 5. Por su parte, Coheña ¹¹⁹ muestra que aquellos aspectos relacionados con la *Información del paciente y familiares* están dentro de los peor valorados por los pacientes del Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla, con una puntuación media de 4,18, recogiendo la puntuación más baja del cuestionario (2,40). Por lo que se podría considerar que estos aspectos resultan bien valorados en nuestra investigación con respecto a los encontrados por otros estudios comparables.

En nuestra investigación, el aspecto peor valorado en la fase cuantitativa, dentro del factor **«Aspectos clínicos»**, ha sido la *disponibilidad de información escrita* (folletos, dípticos, ...), con una puntuación media de 4,11. Por ello se considera un aspecto a mejorar dentro de la gestión de la CUP, coincidiendo aquí con los resultados de Coheña ¹¹⁹. Sin embargo, este aspecto tampoco ha sido informado por los participantes en la fase cualitativa de la investigación.

A pesar de que en la medida de la STFP se recomienda separar la evaluación del resultado del tratamiento y del resultado de la atención ⁴⁸, en la metodología cualitativa dentro del tema *Aspectos Clínicos* se ha manifestado el *resultado sobre el estado de salud del paciente*. Los pacientes de la CUP expresaron una mejora en su estado de salud como resultado de sus atenciones previas. Los pacientes que declaraban este aspecto eran principalmente los pacientes que ya había acudido a la CUP en otras ocasiones. Manifestando estar muy satisfechos con el resultado sobre su salud e incluso haber mejorado su calidad de vida.

Chriss Boden ¹³⁴ en su estudio considera que gran parte de las actuaciones podológicas ofrecen un alivio instantáneo del dolor, lo que la hace diferente de muchas profesiones sanitarias. Esto permite en muchos de los casos que el paciente regrese a sus actividades diarias y recupere o mantenga su independencia, revirtiendo de forma directa en la mejora de su calidad de vida. Los beneficios que los participantes identificaron después de recibir cuidados podológicos variaron desde una mayor sensación de seguridad, a poder "caminar más alto", o hasta poder tener una "sonrisa" en la cara porque tus pies ya no te duelen. Todos estos problemas tienen un gran impacto en la calidad de vida de los participantes.

Esta percepción coincide con los resultados de la presente investigación, en la que los pacientes que ya habían acudido en otras ocasiones a la CUP expresan su mejoría de la salud y calidad de vida después de la atención, con expresiones como “cuando salgo de aquí, y voy caminando, voy en el aire”, “antes no podía caminar y ahora sí”, ...

6.3.4 Infraestructuras

En lo que concierne a las «**Infraestructuras**», en la fase cuantitativa las puntuaciones medias se han mostrado por debajo de la media del cuestionario, con valores entre 4,20 y 4,37. El aspecto peor valorado en lo que respecta a las infraestructuras de la CUP es la *comodidad de la sala de espera* (4,20), seguido de *la señalización dentro del centro* (4,21), *la tecnología de los equipos* (4,29), y, por último, *el estado físico del centro* (4,37).

La señalización dentro del centro y la comodidad de la sala de espera suponen, por tanto, los aspectos peor valorados dentro de «**Infraestructuras**». Y aunque la puntuación no es mala y en la fase cualitativa no se han manifestado valoraciones negativas en relación a estos aspectos, al encontrarse en valores inferiores a la media, deben considerarse como aspectos a los que prestar especial atención dentro de la mejora de la CA de la CUP.

En lo que respecta a la disponibilidad de tecnología y equipamiento, se observan ciertas discrepancias. Por un lado, los pacientes expresan una buena percepción del material y equipamiento de la CUP, considerándolo adecuado según su criterio, aunque manifestando ciertas limitaciones para poder evaluarlo con expresiones como “al no saber cómo va esto”, “yo no entiendo”, “eso ya no lo sé”, ... Lo que pone de manifiesto, tal y como indica la bibliografía^{47,65,83}, las dificultades del paciente para valorar con ciertas garantías aspectos más técnicos y desconocidos de la atención, como la adecuación o no de la tecnología y equipamiento necesarios, debido a la falta de conocimientos específicos.

Y, por otro lado, cabe señalar que en la fase cualitativa parte de los pacientes habían percibido deficiencias en la tecnología y el equipamiento de la CUP, bien porque habían observado algunas averías o falta de material durante la consulta, o bien, porque habían escuchado en otras ocasiones que existían ciertas carencias en el equipamiento de la misma.

En cuanto al estado físico del centro, aunque es valorado cuantitativamente por debajo de la media total del cuestionario, debe señalarse que en la fase cualitativa ningún entrevistado se ha mostrado

insatisfecho hacia este aspecto, mientras que un pequeño número de participantes sí manifestó explícitamente encontrarse satisfecho con las instalaciones en general.

En la fase cualitativa, la valoración de estos aspectos (equipamiento y estado físico) ha sorprendido a uno de los auditores, el cual expresa su sorpresa al observar que el paciente apenas muestra insatisfacción con este aspecto, contrastando con la percepción de docentes y alumnado que, con el paso del tiempo, manifiestan la necesidad de mejoras en el equipamiento y estado físico de la CUP.

Es por ello que, al igual que los demás aspectos que engloban las infraestructuras, se consideran aspectos a los que prestar atención dentro de la mejora de la CA de la CUP.

En otros ámbitos clínicos las infraestructuras han obtenido resultados similares, aunque con algunas diferencias. Al contrario que en nuestra investigación, en el contexto de atención primaria⁹⁹ y en la atención sanitaria pública¹³⁵ en general se han obtenido mejores puntuaciones en los ítems relacionados con el equipamiento médico, que los relacionados con el aspecto de las instalaciones.

En el ámbito universitario, Sanz ¹³⁸ obtiene resultados ligeramente superiores con una media de 4,53 sobre 5 en la valoración de la modernidad de los equipos de la clínica universitaria odontológica de Salamanca, por lo que considera que su satisfacción es más alta con este aspecto.

6.3.5 Tiempos

El factor «**Tiempos**» es otro de los aspectos peor valorado por los pacientes de la CUP. En los resultados cuantitativos se muestra que el tiempo transcurrido desde que el paciente solicita la cita hasta que es atendido en consulta es el ítem con puntuación media más baja del total del cuestionario (3,85). Estos datos se ven igualmente reflejados en la fase cualitativa, en los que se podría afirmar que la categoría *tiempos* es la que ha expresado mayor insatisfacción entre los pacientes de la CUP.

Los tiempos son importantes para la STFP. El paciente desea resolver sus problemas de salud cuanto antes y sin grandes esperas para ser atendido, especialmente cuando sufre dolor o incapacidad.

El único factor dentro de esta categoría que se mantiene en valores superiores a la media del cuestionario ha sido el horario de las citas (4,57), por lo que se considera que el paciente se muestra satisfecho con este aspecto.

En general, los pacientes consideran que el tiempo transcurrido desde que piden cita por primera vez en el servicio hasta que acuden a la primera visita es excesivo, especialmente en el servicio de Ortopodología. Además, aquellos pacientes que ya han acudido en anteriores ocasiones también manifiestan tener que esperar mucho tiempo para ser atendidos de nuevo cuando comienza el curso académico.

La gran demanda de atención podológica que experimenta la CUP y sus limitaciones en cuanto al horario y disponibilidad hace que la lista de espera para primera visita termine resultando elevada. Especialmente en el servicio de Ortopodología, donde el tiempo dedicado al paciente de primera visita es sensiblemente mayor y necesita una mayor supervisión por parte del docente, por lo que el número de citas de primera consulta, a lo largo del curso académico, es menor para este servicio. Estas características conducen a que se generen grandes tiempos de espera para acceder por primera vez al servicio.

A pesar de ello, algunos participantes mostraron su satisfacción con los tiempos en comparación con el tiempo de espera de cita en otros centros sanitarios públicos.

Nuestros resultados coinciden con Coheña¹¹⁹, que observa que los factores relacionados con Acceso y Tiempos y Esperas obtienen las puntuaciones medias más bajas del total del cuestionario (4,13).

Por el contrario, en la presente investigación, el tiempo de espera para las citas de seguimiento realizadas durante el curso lo consideran correcto, tal y como lo han expresado en la fase cualitativa. Habitualmente estas citas de seguimiento son fijadas en administración, a criterio del profesional docente, antes de que el paciente abandone el centro.

Por otra parte, el tiempo de espera para ser atendido el día de la cita, a pesar de ser uno de los factores peor valorados en la fase cuantitativa, contrasta con los resultados obtenidos en la fase cualitativa, donde los pacientes se han mostrado satisfechos y ciertamente comprensivos con este aspecto. Cabe pensar que las demoras en los tiempos de consulta cuando el alumnado está adquiriendo destreza podrían conllevar a retrasos en la hora de atención en las consultas de las clínicas universitarias, pero por otra parte el paciente podría mostrarse más comprensivo al tratarse de un centro docente. A pesar de ello debemos considerarlo como un aspecto a mejorar en la atención podológica de la CUP, dentro de los mecanismos a nuestro alcance.

Sanz¹³⁸, en un estudio sobre la STFP en la Clínica Universitaria Odontológica de Salamanca, más de la mitad de pacientes encuestados (73,57%) se mostraban satisfechos con el tiempo de espera hasta que el alumno en prácticas les atendió.

En otros ámbitos clínicos, los tiempos fueron también aspectos valorados en términos bastante mejorables. En atención primaria⁹⁹, los aspectos relacionados con el tiempo transcurrido para dar una cita se han obtenido valores de 4,4 sobre 7, con el tiempo transcurrido para pruebas de 4,2 sobre 7 y el transcurrido para cirugía de 3,1 sobre 7. Por su parte, Díaz⁹⁷ encuentra valores de 3,19 sobre 6 en el tiempo transcurrido para dar la cita, 3 en el de pruebas y 2,51 en el de cirugía. En cuanto al tiempo transcurrido para ser atendido, los peores datos se encuentran lógicamente en el ámbito de urgencias¹⁰⁰ con valores de 5,86 sobre 10.

Solves¹³⁵ en su estudio en contextos hospitalarios y de atención primaria observa también que los aspectos relacionados con los tiempos forman parte de los peor valorados entre los pacientes, especialmente la lista de espera y las demoras en la atención, pruebas y resultados.

Si revisamos de nuevo los datos del barómetro sanitario¹³⁷ de 2018, las listas de espera para ser atendidos/as se considera el principal problema a solucionar en el sistema sanitario de España.

6.3.6 Accesos

El factor peor valorado por los pacientes de la CUP en la fase cuantitativa ha sido el de **«Accesos»**, donde se ha encontrado el valor mínimo (2) y la media más baja (4,17) de los factores. Este factor hace referencia a aspectos como la facilidad de acceso para llegar al centro (el horario, el aparcamiento, el transporte público, ...) (3,93), las adaptaciones para personas con movilidad reducida (4,26) y la identificación del personal (4,31). Por lo que se deduce que estos elementos constituyen también aspectos a mejorar según los pacientes de la CUP, especialmente los relacionados con el acceso físico para llegar al centro. Este último aspecto, en la fase cualitativa, apenas ha sido expresado por los participantes. Se ha manifestado un buen acceso físico para llegar al centro de forma general. Además, la satisfacción con el horario de la CUP la han expresado como satisfactoria, siendo el único ítem dentro del factor tiempos que se mantiene en valores superiores a la media del cuestionario (4,57), por lo que se considera que el paciente se muestra satisfecho con el horario de atención.

Por el contrario, son quejas habituales de los usuarios del Hospital Naval, desde la ampliación de servicios del SERGAS en el mismo, la escasez de plazas de aparcamiento y la falta de líneas de transporte público con paradas cercanas al centro. La parada de transporte público más próxima se sitúa a 400 metros del hospital, en las inmediaciones del Hospital Arquitecto Marcide, lo que dificulta el acceso de los pacientes que no cuenten con transporte propio.

Por todo ello, cabe pensar que los aspectos de insatisfacción mostrados se relacionan especialmente con las limitaciones en el aparcamiento del hospital y las dificultades del transporte público.

En los resultados de Coheña¹¹⁹, se observa que los factores relacionados con Acceso y Tiempos y Esperas obtienen igualmente las puntuaciones medias más bajas del total del cuestionario (4,13).

Díaz⁹⁷ en el Sistema Sanitario Público obtiene valores medios de 3,56 sobre 6 con respecto a la facilidad de acceso al servicio (horarios, cercanía al centro, aparcamientos, ...). Y Gómez-Besteiro⁹⁹, en atención primaria, 5,5 sobre 7 para el mismo ítem.

En otros ámbitos universitarios, Sanz¹³⁸ afirma que los pacientes de su estudio valoran los accesos y la facilidad de desplazamiento en el ámbito de la Clínica Odontológica de la Universidad de Salamanca, como el apoyo de rampas, sistemas de señalización, ascensor, ... con una media de 4,68 sobre 5, por lo que considera que los pacientes están muy satisfechos.

6.3.7 Características del centro

El uso de la metodología cualitativa en la presente investigación ha permitido conocer mejor la experiencia de los pacientes de la CUP, en relación al contexto y características propias del centro. El hecho de ser la CUP un centro docente se consideró un aspecto importante a conocer bajo la perspectiva del paciente. Además de contar con un acceso gratuito y estar ubicada dentro de las instalaciones del Sistema Sanitario Público de Salud. Teniendo en cuenta esto, dentro de la etapa cualitativa, se decide profundizar sobre estos aspectos.

Es por ello que, emerge el tema ***Características del centro*** y dentro del mismo las categorías relacionadas con la *relación calidad-características* y los *costes*. Los resultados muestran que los pacientes de la CUP destacan la buena calidad de la atención recibida en relación a el hecho de ser un centro docente, donde la atención es realizada por el alumnado del Grado en Podología y no por profesionales graduados.

Además, en los resultados cualitativos se ha destacado el buen servicio recibido en la CUP, siendo el mismo de acceso gratuito. Este hecho podría explicar que ante unas posibles expectativas o necesidades iniciales en cuanto a la calidad esperada en un centro en el que no debe de abonarse el precio del servicio, algunos pacientes encuentren aquí un motivo de calidad inesperada⁶³ o sobresatisfacción al responder a expectativas o necesidades latentes⁶⁴.

Este último aspecto ha sido bien valorado también durante la fase cuantitativa. Aunque, el hecho de preguntar acerca de la relación calidad-precio siendo este a coste cero podría llevar a confusión en los participantes a la hora de responder a la pregunta. Esta peculiaridad propia del centro puede llevar a que muchos pacientes valoren este criterio como una suerte de cortesía o relación simbiótica en la que ambas partes ofrecen y reciben beneficios. Esto podría explicar la saturación de este ítem en el factor trato.

Dentro del mismo tema ***Características del centro*** han emergido otros aspectos relacionados con los costes del servicio. Los pacientes de la CUP están satisfechos con la gratuidad del servicio, pero algunos estarían dispuestos a dar un donativo o una ayuda por la atención prestada y, que esa dotación económica se invirtiese en la compra de material y en mejoras en el equipamiento y tecnología de la CUP.

El hecho de que el paciente se muestre dispuesto a aportar un donativo o ayuda refuerza la idea de que existen altos niveles de satisfacción, tal y como se muestra en ambas fases, no obstante, parece que el paciente siempre tiene en cuenta el contexto y las características propias de la CUP. Y, por tanto, a la hora de manifestarse dispuestos a abonar el servicio consideran que debería de ser en forma de donativo o ayuda y no un precio similar al de la calle. Por lo que, a pesar de mostrarse satisfecho, a la hora de evaluar el coste está haciendo diferencias entre la atención de la CUP y la atención en otros centros privados.

Sin embargo, el que la atención de la CUP resulte gratuita lo destacan como un valor importante de labor social, que posibilita el acceso a cuidados podológicos a personas con dificultades económicas o con falta de recursos, que no podrían costear estos servicios en el ámbito privado.

No debe olvidarse el hecho de que el coste puede ser una barrera para la atención podológica. En la Comunidad Autónoma Gallega y en la mayoría de las Comunidades autónomas de España los servicios podológicos se ofrecen exclusivamente de forma privada a un coste económico que debe asumir íntegramente el paciente, sin posibilidad alguna de reembolso por parte del Sistema Público de Salud. Esto da lugar a enormes desigualdades en la salud podológica, debido a que los grupos económicamente más desfavorecidos no pueden acceder en muchas ocasiones al tratamiento privado. Los pacientes consideran que los servicios podológicos proporcionados por la CUP pueden ayudar a reducir esta desigualdad y contribuir a la mejora de la salud podológica de los ciudadanos económicamente más desfavorecidos, demandando que se mantenga el acceso gratuito.

6.3.8 Experiencia clínica

La literatura apoya que, para poder valorar la STFP como medida del resultado de la atención, debe existir una experiencia reciente del paciente con ese servicio⁵⁹, además de resultar una condición necesaria para participar en el estudio. La incorporación de la metodología cualitativa en la presente investigación nos ha permitido conocer y comprender mejor y en primera persona la experiencia del paciente en su asistencia clínica en la CUP, en la evaluación de su CA.

Dentro del tema *Experiencia* se recoge la categoría de *Experiencia clínica*, en la que ha emergido el código *experiencia satisfactoria*. Lo que coincide con los resultados cuantitativos obtenidos, con niveles altos de satisfacción.

La satisfacción es descrita por todos los pacientes, indicando que su experiencia ha sido muy buena y positiva. La mayoría consideraban que no había ningún elemento que mejorar y se mostraban totalmente satisfechos.

Además de haber sido expresada esta experiencia satisfactoria de modo global, el conjunto de temas o dimensiones de la STFP de la CUP recogidas en ambas metodologías muestran en su conjunto también una experiencia clínica satisfactoria.

6.4 Satisfacción con la atención y su relación con el servicio

En este apartado, se discutirán las diferencias de STFP encontradas entre los dos servicios de atención de la CUP (Quiropodología y Ortopodología).

Se han encontrado diferencias significativas de la STFP para el total del cuestionario, los tiempos y el acceso. Los pacientes del servicio de Quiropodología se muestran ligeramente más satisfechos (4,51) que los pacientes de Ortopodología (4,43). Y el factor tiempos y accesos son mejor valorados por los pacientes de Quiropodología que por los pacientes de Ortopodología.

Debido a la falta de estudios relacionados no podemos contrastar nuestros resultados con otras investigaciones. Pero, si analizamos cada ítem individualmente, podemos conocer información más precisa.

Tras el análisis de los ítems del factor **«Tiempos»**, observamos que ha sido peor valorado *“el tiempo de espera entre cita y consulta”* por el servicio de Ortopodología. Este hecho se muestra también en los resultados cualitativos, donde ha sido el aspecto que ha generado mayor insatisfacción en este servicio.

La gran demanda de atención podológica de la CUP y sus limitaciones en cuanto al horario y disponibilidad, hacen que la lista de espera para primera visita sea elevada. Este hecho se muestra especialmente en el servicio de Ortopodología, donde la demanda y la lista de espera es mayor (en la actualidad la lista de espera para el servicio de Ortopodología es de aproximadamente 800 pacientes mientras que para el servicio de Quiropodología es de unos 300). Esto puede ser debido a varias causas, por un lado, se reciben más derivaciones de otros especialistas del SERGAS (traumatología, reumatología,...) a la CUP para el servicio de Ortopodología y, por otro lado, los tratamientos básicos realizados en este servicio son económicamente más costosos. Lo que genera una mayor demanda y grandes tiempos de espera para acceder por primera vez a este servicio.

Además, en la fase cualitativa se ha mostrado también insatisfacción a la hora de retomar la cita con el servicio de Ortopodología, una vez que se inicia el curso académico. Por lo que este aspecto también podría formar parte del motivo de la baja valoración cuantitativa para este ítem.

En cambio, con respecto al tiempo de espera en sala no se encontraron diferencias significativas entre los dos servicios, en ninguna de las metodologías.

La identificación del personal y la señalización del centro son también aspectos ligeramente peor valorados por el servicio de Ortopodología, dentro del factor **«Accesos»** e **«Infraestructuras»**. Además, los *“dípticos y trípticos”*, *“la información sobre su problema de salud”* y la *“opinión del paciente en el tratamiento”* son mejor valorados por los pacientes del servicio de Quiropodología, dentro del factor **«Aspectos clínicos»**.

Estos datos podrían reflejar ciertas diferencias en relación a las características propias de cada servicio, que podrían facilitar o entorpecer ciertos aspectos de la atención.

La atención durante la consulta de Quiropodología se realiza en la mayor parte del tiempo con el paciente y el podólogo (alumnado o docente) sentado frente a frente. Además, la mayoría de los tratamientos se realizan *in situ* en la propia sala, permitiendo al paciente un mayor contacto visual mientras se llevan a cabo. Ese momento es aprovechado, muchas veces, para el intercambio de información entre el profesional y el paciente. Otro aspecto a tener en cuenta es que el alumnado se distribuye en un mayor número de salas, lo que lleva a que el número de alumnos/as que lleva a

cabo la atención de cada paciente sea menor. Todo ello podría generar un entorno más favorable para llevar a cabo la *identificación del personal que le atiende* y para que, aspectos clínicos como la *información sobre su problema de salud proporcionada al paciente* y la *opinión del paciente sobre el tratamiento*, sean mejor valorados en este servicio.

Por el contrario, la consulta del servicio de Ortopodología es llevada a cabo en un entorno diferente. Durante la consulta el paciente se encuentra en la mayor parte del tiempo en camilla (decúbito supino o prono) o en el banco de marcha (en dinámica), y en un escaso intervalo de tiempo sentado frente a frente, durante el tiempo destinado a la anamnesis y a la explicación del tratamiento y de pautas a seguir. Además, la mayor parte de los tratamientos se llevan a cabo en el taller de Ortopodología, fuera de la consulta, y muchas veces en distintas temporalidades. Así mismo, el número de alumnos/as en muchos de los actos podológicos es mayor. Lo que podría dificultar y justificar que los aspectos relacionados hayan sido peor valorados.

En lo que respecta a la señalización dentro del centro, y conociendo que las indicaciones son las mismas para ambos servicios, cabe pensar que el paciente de Ortopodología necesita una mejor señalización dentro del centro. Y este hecho puede ser debido a las diferencias en cuanto a la ubicación de las salas de atención de cada servicio. En el servicio de Quiropodología, la mayoría de las actuaciones se realizan en un mismo gabinete y la distribución de las salas es similar y ordenada dentro de la CUP. Además, son las salas más próximas a recepción y sala de espera, lo que reduce la necesidad de indicaciones para acceder a las mismas. En el servicio de Ortopodología existe una mayor variabilidad del tipo de salas de asistencia y de su distribución dentro de la CUP, así como una mayor distancia desde la sala de espera hasta las mismas, lo que podría hacer necesario una mejor señalización en el acceso a las mismas (ver Figura 3). A pesar de ello, el alumnado siempre suele acompañar al paciente desde administración hasta la consulta en ambos servicios.

La valoración del ítem relacionado con la información de dípticos y trípticos ha sido, también, peor valorado por el servicio de Ortopodología. Esto podría reflejar, por un lado, que se está llevando a cabo una mayor difusión de información escrita en el servicio de Quiropodología. Y, por otro lado, la existencia de más información escrita, disponible en la CUP, destinada a las patologías propias del servicio de Quiropodología (prevención de patología dérmica y ungueal, prevención de úlceras de pie diabético, ...).

Por todo ello, podríamos concluir que las diferencias entre los dos servicios en base a la STFP son mínimas, pero los datos nos aportan información que puede ser útil a la hora de reforzar estos aspectos, en base a las características propias de cada servicio.

6.5 Áreas de mejora en la gestión y calidad de los servicios de la CUP de la UDC.

Este último apartado pretende responder y discutir acerca de las *áreas de mejora en la gestión y calidad de los servicios de la CUP*, objetivo planteado en la presente investigación.

Tal y como indica Saturno¹, “el objetivo de las evaluaciones de la calidad es conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla. Es decir, una evaluación que ayude a diseñar las intervenciones factibles y realistas que conduzcan a elevar el nivel de calidad de la atención, optimizando los recursos de los que disponemos”. Siguiendo esta línea, Aranaz² afirma que “la autoevaluación por sí sola no asegura la mejora continua y el verdadero reto reside en la instauración de acciones correctoras y la evaluación periódica de las mismas”.

Es por ello que, una vez evaluada la CA de la CUP a través de STFP y teniendo en cuenta los resultados obtenidos y la complementariedad de las metodologías, se proponen las diferentes áreas de mejora en la CUP y las posibles intervenciones a realizar.

A pesar de que las puntuaciones de satisfacción han sido altas en muchos de los aspectos que proponemos mejorar, se han establecido como aspectos de mejora aquellos cuyos resultados demuestran una menor satisfacción en ambas metodologías, así como, aquellos que, sin haber emergido en la fase cualitativa, su puntuación ha sido inferior a la media del total del cuestionario en la fase cuantitativa.

En la Tabla 26, se resumen los aspectos a mejorar dentro de cada dimensión y las propuestas de intervención en cada una de ellas.

Tabla 26. Áreas de mejora en la gestión y calidad de los servicios de la CUP

DIMENSIÓN	ASPECTOS A MEJORAR	INTERVENCIONES
TIEMPOS	Cita-consulta	-Establecer prioridad de atención de pacientes según urgencia y necesidades económicas. -Desarrollo de prácticas clínicas en otras materias del Grado y/u otras actividades docente-asistenciales durante el periodo no lectivo: cursos de postgrado, especialización, prácticas extracurriculares o programas de aprendizaje y servicio a la comunidad.
	Tiempo en sala	-Medida de tiempo medio por acto podológico y practicum, para estimación de tiempo de consulta más preciso.
ACCESO	Facilidad de acceso	-Solicitud de aumento de plazas de aparcamiento. -Solicitud de mejora de líneas de transporte público.
	Adaptaciones para personas con movilidad reducida	-Revisión y mejora, de adaptaciones para personas con movilidad reducida asegurando la eliminación de barreras físicas en el acceso al centro.
	Identificación del personal (alumnado, docente, personal auxiliar, ...)	-Diferenciación de tarjeta identificativa y vestimenta del personal -Mejoras en la presentación al encuentro con el paciente, especialmente en el servicio de Ortopodología.
ASPECTOS CLÍNICOS	Información escrita: folletos, dípticos,...	-Diseño e impresión de nuevos dípticos con temáticas que engloben todos los servicios. -Difusión de los mismos durante la consulta y en la sala de espera.
	Información de su estado de salud (pacientes y familiares)	Reforzar la información proporcionada al paciente y/o familiares sobre su estado de salud, especialmente en el servicio de Ortopodología.
	Seguimiento personalizado	-Desarrollo de actividades docente-asistenciales durante periodo no lectivo: cursos de postgrado, especialización, prácticas extracurriculares o programas de aprendizaje y servicio a la comunidad, que permitan realizar el seguimiento de aquellos pacientes que lo necesiten. -Fijar citas de seguimiento para el próximo curso con una precoz previsión de agenda.
INFRAESTRUCTURAS	Comodidad de sala de espera	-Mejora de las condiciones físicas y ambientales de la sala de espera (mobiliario, decoración, ruidos, cierre de sala, ...).
	Señalización dentro del centro	-Mejora de señalización e indicadores dentro de la CUP, especialmente en el servicio de Ortopodología.
	Tecnología de los equipos	-Control y solución de averías de equipamiento y renovación y actualización de equipos clínicos obsoletos.
	Estado físico del centro	-Renovación del estado físico del centro: pintado de las instalaciones, renovación de mobiliario, elementos decorativos, ...
TRÁMITES	Trámites citas sucesivas	-Mejor previsión y programación de citas para próximo curso académico, que permita fijar cita de seguimiento a aquellos pacientes que lo requieran.

En relación a la dimensión **TIEMPOS** se recogen dos aspectos a mejorar: el tiempo transcurrido entre la solicitud de cita y la consulta, y, el tiempo de espera en sala para ser atendido.

Las propuestas de intervenciones para la mejora del **tiempo cita-consulta** se vuelven difíciles de abordar, debido a las características asistenciales de la CUP. Teniendo en cuenta que la asistencia se desarrolla principalmente en las materias de practicum, existe un límite de tiempo y espacio y una organización docente, que no permite dar cabida a un mayor número de atenciones dentro de las mismas. Hecho que se demuestra curso tras curso con cifras similares en el número total de atenciones (ver apartado 1.3.4). Es por ello que, las propuestas de mejora de este aspecto irían encaminadas a, por un lado, establecer prioridades de atención entre pacientes y, por otro lado, desarrollar otras actividades docente-asistenciales que permitan liberar parte de la lista de espera de algunos servicios de la CUP.

En cuanto al establecimiento de prioridades de consulta, esta se podría establecer en base a la urgencia de atención y a las necesidades económicas del paciente.

En relación a la selección de pacientes según la urgencia, nos encontramos con necesidades distintas en función del foco de atención. Por un lado, desde el punto de vista asistencial lo más adecuado es dar prioridad a los pacientes que requieran asistencia de urgencia. Pero, desde el punto de vista docente, puede que el dar prioridad a las atenciones urgentes no refleje la variabilidad clínica que se podría encontrar el alumnado en su práctica asistencial y, se haga difícil garantizar esa variabilidad en cada uno de los practicums. Es por ello que, se considera que este aspecto no debería de mejorarse en detrimento de la docencia del grado en Podología y debería ser estudiado desde otras perspectivas y enfoques.

En relación a las necesidades económicas, parece adecuado que la prioridad se establezca a través de los servicios de asistencia social. De tal modo que, sea el personal del servicio social el que derive y establezca la prioridad de los pacientes con mayores necesidades económicas. Esta propuesta, ya se ha tratado de implantar a través de convenios de colaboración entre la UDC y algún ayuntamiento, sin llegar a llevarse a cabo hasta el momento. Se propone pues, retomar estos posibles acuerdos con los ayuntamientos del área de influencia, permitiendo dar prioridad en la asistencia podológica a los pacientes económicamente más desfavorecidos.

Por otro lado, se plantea el desarrollo de otras actividades docente-asistenciales dentro de materias previas o simultáneas al Practicum. Con la nueva modificación del título de grado en Podología se pretende implantar ya algunas actividades asistenciales en el Servicio de Ortopodología, aunque el

número de atenciones que se podrían realizar pueden no ser suficiente para liberar de forma notable la lista de espera de este servicio.

Además, se propone el desarrollo de otras actividades docente-asistenciales fuera del periodo lectivo, especialmente en el servicio de Ortopodología, que podrían ayudar también a disminuir la lista de espera y, al mismo tiempo, aumentar la oferta de formación especializada del Grado de Podología en la UDC. Las actividades propuestas podrían incluir cursos de práctica clínica, formación de postgrado, becas de práctica asistencial o programas de aprendizaje y servicio a la comunidad.

En cuanto al **tiempo de espera en sala**, partiendo de que en un centro docente-asistencial puede haber siempre ciertas variaciones de tiempos en la atención, debido a la variabilidad de situaciones clínicas y destreza y autonomía del alumnado, se establece como punto de mejora la estimación de tiempos de consulta para cada acto podológico. Para ello, se plantea cuantificar, a través del sistema informatizado de gestión de la CUP, el tiempo medio por acto podológico dentro de cada uno de los practicums. De este modo, se podría programar mejor las citas, acorde a cada practicum, lo que permitiría reducir el tiempo de espera del paciente en sala.

En relación a los **ACCESOS** los aspectos a mejorar son: la facilidad de acceso al centro, las adaptaciones para personas con movilidad reducida y la identificación del personal.

Para mejorar la **facilidad de acceso al centro** se propone solicitar a los organismos competentes el aumento de plazas de aparcamiento dentro de las instalaciones del propio Hospital Naval. Así como, la solicitud de mejoras en las líneas de transporte público, haciendo más fácil y cercano el acceso al mismo.

Para la **mejora de las adaptaciones para personas con movilidad reducida**, se plantea solicitar al servicio de prevención del centro, la evaluación de las condiciones en las que se encuentra el acceso al mismo, asegurando la eliminación de barreras arquitectónicas que puedan dificultar la entrada y salida a la CUP.

En cuanto a la **identificación del personal de la CUP**, proponemos establecer mejoras sobre las tarjetas identificativas y vestuario del personal y, reforzar la importancia de la presentación del alumnado y docentes en la toma de contacto con el paciente.

Se establece necesario asegurar y controlar el uso de las tarjetas identificativas y diferenciar la vestimenta del personal (alumnado, docente y personal de servicios). Las tarjetas identificativas son llevadas en todo momento en lugar visible por todo el personal de la CUP. Para la mejora de este aspecto, se plantea establecer diferencias de color en la vestimenta del personal y en las tarjetas identificativas. Lo que podría permitir al paciente la mejor identificación del personal en su asistencia.

Además, se propone establecer mejoras en la presentación del alumnado y docente en la primera toma de contacto con el paciente en consulta, especialmente en el servicio de Ortopodología. Intentando que cada paciente tenga un número reducido de alumnos/as de referencia en su asistencia y seguimiento.

En lo que concierne a los **ASPECTOS CLÍNICOS** se establecen como aspectos a mejorar: la información escrita, la información proporcionada al paciente sobre su estado de salud y el seguimiento personalizado.

En cuanto a la **mejora de la información escrita** se propone reforzar la difusión de la misma (dípticos, trípticos, ...) durante la asistencia en la CUP, poniéndola a su disposición en la sala de espera y haciendo entrega de la misma al paciente por parte del alumnado.

Además, podría ser interesante y una actividad formativa más que el alumnado lleve a cabo actividades de diseño y elaboración de información escrita (dípticos, trípticos, carteles, ...) sobre los problemas más frecuentes de salud podológica y su prevención. Esta debería contener información específica acorde a los dos servicios (Quiropodología y Ortopodología). Posteriormente se podrían solicitar ayudas o financiación para su impresión y difusión.

La **información proporcionada al paciente sobre su estado de salud**, consideramos que requiere cierta atención, especialmente en el servicio de Ortopodología, donde podría darse un entorno menos favorable para el flujo de información. Se propone trabajar este aspecto con intervenciones dirigidas a un mayor contacto visual con el paciente y, dedicando más tiempo de calidad a informarle de su estado de salud, favoreciendo la opinión del mismo sobre el tratamiento.

El **seguimiento personalizado** se ve interrumpido a consecuencia de la inactividad asistencial durante el periodo no lectivo y vacacional, además de la dificultad de obtener cita en el comienzo del curso

académico. Las características del centro dificultan la mejora de este aspecto en beneficio del paciente, pero a pesar de ello, se proponen dos medidas:

En primer lugar, disponer de una mayor previsión de agenda y citas para el próximo curso. De tal modo que, aquellas citas de seguimiento que requieran atención en el inicio de curso, puedan ser fijadas con la suficiente antelación. Esto requeriría conocer lo más temprano posible el Plan de Organización Docente (POD) de las materias del practicum y, establecer la organización de días de atención de cada docente y servicio. En este sentido, nos encontramos con la dificultad de que la actividad asistencial de la CUP finaliza antes de los plazos establecidos para la aprobación del POD del Grado en Podología. Proponemos mejorar este aspecto creando una lista de espera de citas de seguimiento que necesiten asistencia urgente en el inicio de curso académico, de tal modo, que inmediatamente después de la aprobación del POD, se organice el horario de cada docente y se establezcan las citas que lo requieran. Así, se evitaría que tenga que ser el propio paciente el que contacte de nuevo con la CUP y la acumulación de solicitudes de citas en el inicio del curso académico. No obstante, el hecho de fijar las citas con demasiada antelación podría llevar a la necesidad de recordar la cita al paciente días antes de la consulta.

En segundo lugar, tal y como se recoge en otros aspectos, se propone desarrollar otras actividades docente-asistenciales (cursos de práctica clínica, formación de postgrado o becas de práctica asistencial), que ayuden a mejorar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que lo requieran durante este periodo de interrupción de la docencia curricular.

En cuanto a la dimensión **INFRAESTRUCTURAS**, los aspectos que se recogen como necesarios de mejora son: la comodidad de la sala de espera, la señalización dentro del centro, la tecnología y equipamiento y, el estado físico del centro.

En relación a la **comodidad de la sala de espera**, se propone mejorar sus condiciones físicas y ambientales. Se plantea la mejora de mobiliario, decoración y cierre de la sala para favorecer un ambiente tranquilo, acogedor y libre de ruidos.

La sala de espera de la CUP se sitúa en la entrada de la clínica en una zona abierta y, área de paso de pacientes y personal de la CUP (docentes y alumnado) (ver Figura 3). Este hecho podría mejorarse con el cierre de esta zona, separándola de la zona de consultas con una puerta divisoria. Y que el acceso a la CUP de todo el personal se lleve a cabo por la puerta de entrada, que a día de hoy se

destina únicamente para el personal de servicio de la CUP. Esto podría generar necesidades en la organización de espacios destinados para el personal, lo cual se considera viable y favorable para el mismo.

De este modo, se mejorarían las condiciones ambientales de la sala y se haría la espera del paciente más agradable.

En cuanto a la **señalización dentro del centro** se propone mejorar las indicaciones de señalización, especialmente en el servicio de Ortopodología, para ayudar al paciente en el acceso a las diferentes consultas y zonas comunes.

Para la **mejora de la tecnología y estado físico del centro**, se plantea el control y mantenimiento periódico del equipamiento de la CUP, con el fin de disminuir en la medida de lo posible las averías. Así como, la mejora periódica en el equipamiento e instalaciones que, por su uso y antigüedad, sea necesaria su sustitución o arreglo (ej. el pintado de las instalaciones, la renovación del mobiliario deteriorado, ...).

Por último, en la dimensión **TRÁMITES** se propone mejorar los trámites de las citas de seguimiento. De tal modo que, el paciente que lo requiera pueda fijar cita con antelación antes del inicio de curso. Esto requiere, tal y como se recoge en la mejora del seguimiento, una previsión de agenda y coordinación de la labor docente más temprana.

6.6 Limitaciones y futuras líneas de investigación

Como todo trabajo de investigación, el presente estudio presenta una serie de limitaciones que es necesario explicitar, las cuales deben tenerse en cuenta a la hora de generalizar resultados y de desarrollar futuros proyectos de investigación.

La primera de ellas, se debe al contexto particular y características especiales de la CUP. El hecho de ser un centro docente-asistencial, donde la atención es llevada a cabo por el alumnado universitario, dificulta la extrapolación de sus resultados a otros entornos asistenciales. Por un lado, las características de la atención son muy diferentes a la actividad profesional podológica, la cual se desarrolla mayoritariamente de forma privada. Y, por otro lado, presentan ciertas diferencias con respecto a otras clínicas universitarias podológicas, debido principalmente a la ubicación de la CUP dentro de las instalaciones de un complejo sanitario público y al hecho de que el paciente no abona ninguna prestación económica por el servicio. A pesar de ello, pueden ser útiles al permitir la comparación con otras investigaciones sobre CA en Podología.

Esta limitación a su vez se considera una fortaleza para el estudio, especialmente en la fase cualitativa. Gracias a la cual, la concreción y vinculación de los resultados al contexto particular de la CUP, ha fortalecido el conocimiento en profundidad de las complejidades del entorno, lo que ha favorecido el desarrollo de las propuestas de acciones de mejora específicas.

En cuanto al diseño metodológico del estudio, se ha establecido como prioritario, tal y como recomendaban los estudios previos ^{1,48,65-69}, la incorporación de una metodología mixta, que permitiese profundizar en un contexto tan específico. Este hecho es considerado la gran fortaleza del estudio. A pesar de ello, se recoge también como limitación el diseño transversal del mismo, el cual únicamente permite establecer correlaciones, pero no atribuir causalidad entre las variables.

Otra limitación importante ha sido el instrumento de medida empleado en la fase cuantitativa, el cual, a pesar de haber sido validado previamente, resulta relativamente reciente y ha sido empleado en limitadas ocasiones ¹¹⁹. No existiendo más estudios nacionales ni internacionales que permitiesen contrastar los resultados obtenidos que, tal y como se ha podido observar, han diferido sensiblemente de la propuesta original.

Así mismo, a pesar de haber usado una metodología rigurosa en el proceso de recogida de datos existe la posibilidad de incluir sesgos relacionados con la deseabilidad social o el posible recelo a facilitar información aun tras garantizar la confidencialidad de la misma. Algunos pacientes pueden ser reacios a comentar críticas por temor a contrariar al personal que lo cuida. Para minimizar este sesgo durante la recogida de datos se ha intentado subrayar la importancia de la sinceridad a los participantes, se ha recogido siempre la información una vez finalizado el encuentro clínico y se ha asegurado el que la investigadora no hubiese participado en el proceso asistencial.

El momento de recopilación de datos inmediatamente después de la consulta o en “tiempo real” también se considera parte de las limitaciones, especialmente porque los encuestados no han tenido tiempo a reflexionar sobre su experiencia. A pesar de ello, el “tiempo real” puede aportar ventajas claras si se establecen las estrategias necesarias. Se considera que, para las mejoras en el servicio y la calidad, cuanto más “fresca” sea la información mejor. En algunos casos, la recogida de datos de forma diferida en el tiempo puede hacer que el recuerdo sea pobre o se vea afectado por eventos posteriores¹³⁹.

La posición de la investigadora se ha considerado como una limitación de partida, entendiendo que amenazaba el rigor del estudio. Por un lado, el rigor en la recogida de información, pudiendo producir un cambio de comportamiento del personal de la CUP en la asistencia desarrollada durante el periodo de recogida de datos. Y, por otro lado, el rigor en el análisis, en la búsqueda de la neutralidad de la interpretación y representación de la información en la fase cualitativa. Con respecto al posible cambio de comportamiento del personal, durante la recogida de datos se ha intentado minimizar este aspecto ocultando el objetivo del estudio y realizando la recogida de información sin previo aviso.

Durante la fase cualitativa, se ha utilizado el diario de campo como herramienta reflexiva y se ha trabajado con la exigencia de buscar la imparcialidad y crítica en la posición de la investigadora en todos los momentos de la investigación.

A pesar de estas limitaciones, la posición de la investigadora ha permitido disponer de un conocimiento adecuado y profundo del contexto, imprescindible para alcanzar el rigor científico en el buen desarrollo del análisis cualitativo.

La falta de criterios y estándares de CA en Podología, así como la falta de estudios en la evaluación de la asistencia y más concretamente en la STFP ha hecho difícil establecer comparaciones y contrastar los resultados.

Las futuras líneas de investigación deberían ir encaminadas a evaluar la CA informada por el paciente a través de otras metodologías más objetivas, como el informe del usuario, así como el estudio a través de otras metodologías cualitativas, que permitan respaldar los resultados de STFP y estudiar las relaciones existentes entre las distintas medidas.

Por último, la STFP se considera un indicador clave en la evaluación de la calidad, pero es importante resaltar que es necesario la evaluación a través de otros indicadores y metodologías, dentro de los diferentes enfoques (estructura, proceso y resultado) y englobando tanto al cliente externo (paciente), como al cliente interno (proveedores sanitarios y personal de la CUP) en cada uno de ellos.

Las futuras líneas de investigación en la CA en Podología deberían de ir encaminadas a:

- Establecer los estándares y criterios de CA en Podología, así como, los indicadores necesarios para su evaluación.
- La adaptación al contexto asistencial podológico privado y la creación de nuevos instrumentos de medida en base a otras metodologías.
- Y el desarrollo de sistemas de evaluación de CA podológica externos e internos que permitan la evaluación a través de los diferentes enfoques (estructura, proceso y resultado).

7. CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Primera: El “Cuestionario sobre la calidad de la atención en el Área Clínica de Podología” es un instrumento válido y fiable para la evaluación de la CA en el ámbito podológico docente-asistencial. Y la complementariedad de la metodología cuantitativa y cualitativa ha permitido conocer mejor la experiencia de los pacientes de la CUP, en relación a las características y contexto propio de la misma.

Segunda: Los pacientes de la CUP de la UDC manifiestan su satisfacción con la atención recibida como BUENA y expresan su experiencia como satisfactoria.

Tercera: Los factores que los pacientes de la CUP señalan como más satisfactorios son el trato, los aspectos clínicos y los trámites.

Cuarta: Los factores peor valorados por los pacientes de la CUP en relación a su atención han sido los tiempos, el acceso y las infraestructuras.

Quinta: El trato ha sido el determinante más destacado y satisfactorio por los pacientes de la CUP, resaltándose la amabilidad y cortesía y, el trato familiar y cercano del personal.

Sexta: Dentro de los aspectos clínicos, el paciente de la CUP ha resaltado la competencia y seguridad del alumnado y docentes percibida durante la atención.

Séptima: La metodología cualitativa ha permitido profundizar en la dimensión trámites, en la que los resultados cuantitativos han mostrado puntuaciones altas de satisfacción, detectando insatisfacciones en los trámites necesarios para establecer citas de seguimiento en la interrupción de cada curso académico.

Octava: Los tiempos han sido el determinante peor valorado, destacándose el tiempo de espera excesivo desde la solicitud de cita y el día de consulta, especialmente en el servicio de Ortopodología.

Novena: El acceso a la CUP ha sido otro de los determinantes peor valorado, principalmente en lo relacionado con las dificultades de aparcamiento y transporte público.

Décima: Dentro de la dimensión infraestructuras, el paciente ha mostrado puntuaciones más bajas en la comodidad de la sala de espera y en la tecnología y equipamiento disponibles, detectando ciertas deficiencias en estos aspectos.

Undécima: La metodología cualitativa ha puesto de manifiesto la importancia de las características propias de la CUP y de la experiencia general del paciente, aflorando estas como dos nuevas dimensiones en la STFP de la CUP. Así mismo, ha emergido la valoración de la mejora del estado de salud del paciente dentro de la dimensión aspectos clínicos, como atributo a tener en cuenta en la valoración de la STFP de la CUP.

Duodécima: Los pacientes que han hecho uso del servicio de Quiropodología muestran una mayor puntuación ligeramente superior en el total del cuestionario y en los factores de tiempos y accesos.

Décimo tercera: El perfil sociodemográfico de los usuarios de la CUP de la UDC se caracteriza, en su mayoría, por ser mujer, con estudios medios, con trabajo activo o en jubilación principalmente y residente en Ferrol o Comarca de Ferrolterra.

Décimo cuarta: Los niveles de satisfacción a nivel global, así como la satisfacción con las infraestructuras son superiores en las personas mayores, respecto a personas de mediana edad y jóvenes. El grupo de pacientes jubilados se muestra igualmente más satisfecho globalmente y también en las dimensiones infraestructuras y tiempos. Sin embargo, no existen diferencias significativas respecto al sexo, nivel de estudios y lugar de residencia.

8. CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*. 1995;69(2):163-175.
2. Aranaz JM. *Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2014.
3. RAE. *Diccionario de la lengua española*[Internet].2014. [Consultado Jul 10,2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>.
4. Oliva EJD. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innovar: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 2005;15(25):64-80.
5. Alcazar F, Iglesias F. Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios. En: SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, editor. *Manual de Calidad Asistencial*. Castilla la Mancha: SESCOAM; 2009. p. 57-87.
6. Harolds J. Quality and Safety in Health Care, Part I: Five Pioneers in Quality. *Clinical Nuclear Medicine*. 2015;40(8):660-662.
7. Juran JM. *Juran y la planificación para la calidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1990.
8. Ishikawa K. *Introducción al control de calidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1989.
9. Deming WE. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1989.
10. ISO 9000:2005. *Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*[Internet].2005. [Consultado May 5,2018].Disponible en: https://global.ihc.com/doc_detail.cfm?&item_s_key=00609756&item_key_date=050231&input_doc_number=AENOR%20UNE%20DEN%20ISO%209000&input_doc_title=#product-details-list.
11. Villegas MdM, Rosa IM. La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización: Revista de dirección, organización y administración de empresas*. 2003(29):50-58.
12. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.

13. Goldenberg M. Defining “quality of care” persuasively. *Theor Med Bioeth.* 2012;33(4):243-261.
14. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. United States: Health Administration Press; 1980.
15. JAMA. Quality of care. *JAMA.* 1986;256(8):1032–1034.
16. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume 1. Washington, D.C: National Academy Press; 1990.
17. WHO. Health Care Systems in Transition. Copenhagen; 2000.
18. Council of Europe. Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum. Council of Europe. 1998:51.
19. Rodkey GV, Itani KMF. Evaluation of healthcare quality: a tale of three giants. *Am J Surg.* 2009;198(5 Suppl):3.
20. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Manual de calidad asistencial. Castilla-La Mancha: SESCOAM; 2009.
21. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana S. A. de C. V.; 1991.
22. Brook R, Williams N. Quality of health care for the disadvantaged. *Journal of Community Health.* 1975;1(2):132-156.
23. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4):247-263.
24. McDougall GHG, Levesque TJ. A Revised View of Service Quality Dimensions. *Journal of Professional Services Marketing.* 1995;11(1):189-210.
25. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 2006;19(1):60-92.

26. Choi K, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*. 2005;19(3):140-149.
27. Doran D, Smith P. Measuring service quality provision within an eating disorders context. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2004;17(7):377-388.
28. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A Hierarchical Model of Health Service Quality. *Journal of Service Research*. 2007;10(2):123-142.
29. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. *Rev Calidad Asist*. 2001;16(1):96-100.
30. Ministerio de sanidad y consumo. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005. 2007.
31. Varo J. La calidad de la atención médica. *Med Clin*. 1995;104:538-540.
32. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv*. 1993;19(10):452.
33. Vella Bonanno P, Mackie C. Towards a framework for the continual improvement of healthcare. *Journal of the Malta College of Pharmacy Practice*. 2002;6:9-11.
34. Wrobel JS. Outcomes research in podiatric medicine. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2000;90(8):403-410.
35. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? *American Journal of Public Health*. 1981;71(4):409-412.
36. Tejero JM, Leal A. Diseño de indicadores: monitorización de la calidad. En: SESCOAM Servicio de salud de Castilla-La Mancha, editor. *Manual de Calidad Asistencial*. Castilla la Mancha: SESCOAM; 2009. p. 119-150.
37. Meyer GS, Massagli MP. The forgotten component of the quality triad: can we still learn something from "structure"? *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(9):484-493.

38. Martínez B. Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? Anales de Pediatría Continuada. 2008;6(5):313-318.
39. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev Calidad Asistencial. 2001;16:80-87.
40. Shaw CD. Measuring against clinical standards. Clinica Chimica Acta. 2003;333(2):115-124.
41. Alcalá PJ, Aranaz JM, Flores J. Auditoría clínica sobre la utilización de la radiografía en el abordaje del traumatismo craneal pediátrico. Revista de Calidad Asistencial. 2007;22(5):249-255.
42. Agustí A, Esteban C, Capelastegui A, López-Campos JL, Capelastegui A, Álvarez C, et al. Auditoria clínica de los pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC en España (estudio AUDIPOC): método y organización del trabajo. Archivos de Bronconeumología. 2010;46(46):349-357.
43. Klose K, Kreimeier S, Tangermann U, Aumann I, Damm K. Patient- and person-reports on healthcare: preferences, outcomes, experiences, and satisfaction – an essay. Health Econ Rev. 2015;6(1):1-11.
44. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. Leadership in Health Services. 2010;23(1):8-19.
45. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. Perspect Public Health. 2015;135(5):243-250.
46. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. QHC. 1992;1(4):247-251.
47. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med. 2001;52(4):609-620.
48. Hudak PL, Wright JG. The Characteristics of Patient Satisfaction Measures. Spine. 2000;25(24):3167.
49. Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. Rev Calidad Asist. 2006(224):90-96.

50. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta Sanitaria*. 1997;11(4):176-189.
51. Coulter A, Magee H. *The European Patient of the Future*. Great Britain: Open University Press; 2003.
52. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the Measurement of Attitudes toward Physicians and Primary Medical Care. *Medical Care*. 1970;8(5):429-436.
53. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982;16(5):577-582.
54. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):185-210.
55. Eriksen LR. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *J Nurs Meas*. 1995;3(1):59-76.
56. Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2007;23(5):255-271.
57. Koos EL. *The health of Regionville: What the people thought and did about it*. New York: Columbia University Press; 1954.
58. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691-729.
59. Mira JJ. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asist*. 2000;15(1):36-42.
60. Donabedian A. The Lichfield lecture. Quality assurance on health care: consumers' role. *Qual Health Care*. 1992;1(4):247-251.
61. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med A*. 1981;15(5):557-564.

62. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illn.* 1983;5(3):297-311.
63. Kano N. A Perspective on Quality Activities in American Firms. *California Management Review.* 1993;35(3):12-31.
64. Tenner A, De Toro I. Total Quality Management. Three Steps for Continuous Improvement. Massachusetts: Addison-Wesley Reading; 1992.
65. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care.* 1999;11(4):319-328.
66. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asist.* 2001;16(4):276-279.
67. Barrasa JI, Aibar C. Systematic review of satisfaction studies performed in Spain between 1986 and 2001. *Rev Calidad Asist.* 2003;18(7):580-590.
68. Álvarez D, Rodríguez C, Sanchidrián C, Alejos B, Plá R. Aportaciones e inconvenientes de la incorporación de metodología cualitativa en la evaluación de servicios sanitarios. Un caso práctico: la evaluación de una consulta de alta resolución. *Rev Calidad Asist.*:275-282.
69. Fathalla MF. A Practical Guide for Health Researchers. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Cairo; 2004.
70. Almeida RSd, Bourliataux-Lajoie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de saúde pública.* 2015;31(1):11-25.
71. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing.* 1985;49(4):41-50.
72. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing.* 1988;64(1):12.
73. Oliva EJD. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innovar.* 2005;15(25):64-80.

74. Collier JE, Bienstock CC. Measuring Service Quality in E-Retailing. *Journal of Service Research*. 2006;8(3):260-275.
75. Parasuranman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*. 1991;67(4):420-450.
76. Van Campen C, Sixma H, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Med Care Res Rev*. 1995;52(1):109-133.
77. Carman JM. Consumer Perceptions Of Service Quality: An Assessment Of The SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*. 1990;66(1):33-35.
78. Cronin JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*. 1994;58(1):125-131.
79. Teas RK. Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment. *Journal of Marketing*. 1994;58(1):132-139.
80. Brown TJ, Churchill GA, Peter JP. Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*. 1993;69(1):127-139.
81. Jain SK, Gupta G. Measuring Service Quality: Servqual vs. Servperf Scales. *Vikalpa: The Journal for Decision Makers*. 2004;29(2):25-38.
82. Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Syst Rev*. 2015;4:97.
83. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137(2):89-101.
84. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1-244.

85. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int J Health Care Qual Assur.* 2009;22(4):366-381.
86. Scotti DJ. Satisfaction with medical care among elderly patients: a review of research findings with implications for management practice and future inquiry. *J Hosp Mark Public Relations.* 2005;15(2):3-32.
87. Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *J Med Pract Manage.* 2007;22(5):255-261.
88. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999;131(11):822-829.
89. Arneill AB, Devlin AS. Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology.* 2002;22(4):345-360.
90. Swan JE, Richardson LD, Hutton JD. Do appealing hospital rooms increase patient evaluations of physicians, nurses, and hospital services? *Health Care Manage Rev.* 2003;28(3):254-264.
91. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N C Med J.* 2006;67(6):409-413.
92. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract.* 2010;27(2):171-178.
93. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is 'continuity of care'? *J Health Serv Res Policy.* 2006;11(4):248-250.
94. Hunt KJ, Hurwit D. Use of patient-reported outcome measures in foot and ankle research. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95(16):1-9.
95. Hasenstein T, Greene T, Meyr AJ. A 5-Year Review of Clinical Outcome Measures Published in the Journal of the American Podiatric Medical Association and the Journal of Foot and Ankle Surgery. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2017;107(3):176-179.

96. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*. 2000;14(4):291-293.
97. Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calidad Asist*. 2005;20(1):35-42.
98. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atencion Primaria*. 2003;31(6):382-385.
99. Gómez-Besteiro MI, Somoza-Digón J, Einöder-Moreno M, Jiménez-Fraga MN, Castiñeira-Pereira S, Feijoo-Fuentes ML. Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Enfermería Clínica*. 2011;22(4):182-190.
100. Teresa Gea M, Hernán-García M, Manuel Jiménez-Martín J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asist*. 2001;16(1):37-44.
101. Ebn Ahmady A, Pakkhesal M, Zafarmand AH, Lando HA. Patient satisfaction surveys in dental school clinics: a review and comparison. *J Dent Educ*. 2015;79(4):388-393.
102. Medina F, Meseguer AB, Navarrete S, Saturno PJ, Valera JF, Montilla J. Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*. 2005;8(1):3-10.
103. Bellacosa RA, Pollak RA. Patient expectations of elective foot surgery. *J Foot Ankle Surg*. 1993;32(6):580-583.
104. Rudge G, Tollafeld D. A critical assessment of a new evaluation tool for podiatric surgical outcome analysis. *Br J Podiatry*. 2003;6:109-119.
105. Taylor NG, Tollafeld DR, Rees S. Does patient satisfaction with foot surgery change over time? *Foot*. 2008;18(2):68-74.
106. Saipoor A, Maher A, Hogg L. A retrospective audit of lesion excision and rotation skin flap for the treatment of intractable plantar keratosis. *The Foot*. 2018;34:23-27.

107. Maher AJ, Kilmartin TE. Patient reported outcomes following the combined rotation scarf and Akin's osteotomies in 71 consecutive cases. *The Foot*. 2011;21(1):37-44.
108. Park GH, Jung ST, Chung JY, Park HW, Lee DH. Toe component excision in postaxial polydactyly of the foot. *Foot Ankle Int*. 2013;34(4):563-567.
109. Wilkinson AN, Maher AJ. Patient expectations of podiatric surgery in the United Kingdom. *J Foot Ankle Res*. 2011;4(1).
110. Landorf KB, Keenan AM. Efficacy of foot orthoses. What does the literature tell us? *J Am Podiatr Med Assoc*. 2000;90(3):149-158.
111. Moraros J, Hodge W. Orthotic survey. Preliminary results. *J Am Podiatr Med Assoc*. 1993;83(3):139-148.
112. Landorf KB, Keenan A, Herbert RD. Effectiveness of different types of foot orthoses for the treatment of plantar fasciitis. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2004;94(6):542-549.
113. Stier DM, Gause D, Joseph WS, Schein JR, Broering JM, Warolin KL, et al. Patient satisfaction with oral versus nonoral therapeutic approaches in onychomycosis. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2001;91(10):521-527.
114. Warshaw EM, Bowman T, Bodman MA, Kim JJ, Silva S, Mathias SD. Satisfaction with onychomycosis treatment - Pulse versus continuous dosing. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2003;93(5):373-379.
115. Laxton C. Clinical audit of forefoot surgery performed by registered medical practitioners and podiatrists. *J Public Health*. 1995;17(3):311-317.
116. Armanasco P, Williamson D, Yates B. Integration of podiatric surgery within an orthopaedic department: An audit of patient satisfaction with labour force implications. *The Foot*. 2012;22(3):200-204.
117. Rome K, Erikson K, Ng A, Gow PJ, Sahid H, Williams AE. A new podiatry service for patients with arthritis. *New Zealand Med J*. 2013;126(1370).

118. Walsh TP, Pilkington DC, Wong EJ, Brown CH, Mercer GE. Orthopaedic triaging by podiatrists: A prospective study of patient satisfaction and service efficiency. *Aust Health Rev.* 2014;38(4):406-411.
119. Coheña M. Evaluación de la Percepción de la Calidad Asistencial en el Área Clínica Podológica de la Universidad de Sevilla [Tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2014.
120. Coheña M, Ramos J, Mahillo R. Validación de un cuestionario para evaluar la calidad asistencial en Podología. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas.* 2013;7(2):99.
121. Alemany J. Podologia. Historia de una profesión. Barcelona; 1998.
122. Ramos J, Toravuela N, Gago F, Álvarez V, Requero A. Historia de los estudios de Podología en España. *Eur J Pod.* 2015;1(1):27-36.
123. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología.* 2014;30(3):1151-1169.
124. Grinstead CM, Snell JL. Introduction to probability. United States of America: American Mathematical Soc.; 1997.
125. Glesne C. Becoming Qualitative Researchers: An Introduction. 5th ed.: Pearson; 2016.
126. Sanders C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemp Nurse.* 2003;14(3):292-302.
127. Vázquez ML, Rejane M, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed, M E, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Universitat Autònoma de Barcelona. ed. Barcelona: Servei de Publicacions Barcelona; 2006.
128. González-Martín C. Patología podológica en una muestra aleatoria poblacional [Tesis doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2013.
129. Pérez S, Tovaruela N, Rosende C, Pita F, Pedreira R, Alonso F. Perfil epidemiológico de las afecciones del pie en una consulta de podología. *European Journal of Podiatry.* 2016;2(1):12.

130. Pérez S. Patología podológica y calidad de vida en una muestra aleatoria poblacional [Tesis doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2016.
131. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3 th ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
132. Bertram K, Randazzo J, Alabi N, Levenson J, Doucette JT, Barbosa P. Strong correlations between empathy, emotional intelligence, and personality traits among podiatric medical students: A cross-sectional study. *Education for health*. 2016;29(3):186.
133. Ellis MJH. Professionalism within the clinical context of the patient-podiatrist relationship [Tesis doctoral]. Edinburgh: Queen Margaret University; 2007.
134. Boden C. Older people and person-centred podiatry: A critical evaluation of two models of care [Tesis doctoral]. Southampton: University of Southampton; 2011.
135. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asist*. 2002;17(5):273-283.
136. López Garví AJ. Estudio de la satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario "dental satisfaction questionnaire" [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2012.
137. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Barómetro sanitario 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. 2019 Mar.
138. Sanz A. Calidad y satisfacción en la asistencia sanitaria de la Clínica Odontológica de la USAL [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2017.
139. Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J. The point of care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. The King's Fund. [Internet]. 2009. [Consultado May 5, 2018]. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009_0.pdf

ANEXO I: CUESTIONARIO

Cuestionario sobre la calidad de la atención en la Clínica Universitaria de Podología

Basándose en su experiencia en el centro, señale si la calidad de la asistencia sanitaria que se le ha proporcionado en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A Coruña ha sido como usted esperaba.

Este cuestionario es VOLUNTARIO Y ANÓNIMO.

Gracias por su colaboración.

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

1. La facilidad de los trámites que tuvo que hacer en la ventanilla de Admisión han sido:	1	2	3	4	5
2. La facilidad de los trámites que ha tenido que hacer para volver a pedir cita han sido:	1	2	3	4	5
3. La facilidad de acceso para llegar al centro (horario, aparcamiento, transporte público) ha sido:	1	2	3	4	5
4. Las adaptaciones para personas con movilidad reducida en el acceso al centro han sido:	1	2	3	4	5
5. El tiempo transcurrido desde que pidió la cita hasta la consulta ha sido:	1	2	3	4	5
6. El tiempo de espera para ser atendido ha sido:	1	2	3	4	5
7. El horario de las citas ha sido:	1	2	3	4	5
8. El trato recibido por parte del personal ha sido:	1	2	3	4	5
9. La amabilidad y cortesía del personal que le ha atendido ha sido:	1	2	3	4	5
10. El nivel de seguimiento personalizado de su caso ha sido:	1	2	3	4	5
11. El nivel de satisfacción de los servicios ofrecidos en el centro en relación con los precios han sido:	1	2	3	4	5

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
1	2	3	4	5

12. La disponibilidad de información escrita (folletos, dípticos) en el centro ha sido:	1	2	3	4	5
13. La información sobre su problema de salud que el personal del centro le ha proporcionado a usted ha sido suficiente:	1	2	3	4	5
14. La información sobre su proceso de salud facilitada a sus familiares y/o acompañantes ha sido suficiente:	1	2	3	4	5
15. La claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas ha sido:	1	2	3	4	5
16. El interés del personal por solucionar el problema de salud del paciente ha sido:	1	2	3	4	5
17. La confianza y seguridad que el personal que le atiende le ha transmitido a los pacientes ha sido:	1	2	3	4	5
18. El cuidado de su intimidad durante la consulta y exploración ha sido:	1	2	3	4	5
19. Su opinión sobre el tratamiento propuesto ha sido:	1	2	3	4	5
20. El estado físico del centro (sala de exploración, gabinetes) ha sido:	1	2	3	4	5
21. La comodidad de la sala de espera ha sido:	1	2	3	4	5
22. La Tecnología de los equipos (modernos y suficientes) para el diagnóstico y tratamiento ha sido:	1	2	3	4	5
23. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el centro han sido:	1	2	3	4	5
24. Sabría identificar a las personas que le han atendido, profesor, estudiante, personal auxiliar, etc....	1	2	3	4	5

Indique su nivel de satisfacción global con la atención recibida en la Clínica Universitaria de Podología:

<input type="checkbox"/> NADA SATISFECHO	<input type="checkbox"/> POCO SATISFECHO	<input type="checkbox"/> REGULARMENTE SATISFECHO	<input type="checkbox"/> SATISFECHO	<input type="checkbox"/> MUY SATISFECHO
--	--	--	-------------------------------------	---

Indique cómo considera que ha sido la calidad de la atención recibida en la Clínica Universitaria de Podología:

<input type="checkbox"/> MUY MALA	<input type="checkbox"/> MALA	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> MUY BUENA
-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Recomendaría este centro (Clínica Universitaria de Podología) a otras personas:

<input type="checkbox"/> SIN DUDARLO	<input type="checkbox"/> TENGO DUDAS	<input type="checkbox"/> NO LO RECOMENDARÍA
--------------------------------------	--------------------------------------	---

¿A qué servicio acudió en la Clínica? ☐ Quiropodología (durezas, uñas, ...) y cirugía.

☐ Ortopodología (exploración, plantillas, silicona...).

Edad: _____

Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer

Nivel de Estudios: ☐ Sin estudios ☐ Estudios Primarios o secundarios

☐ Estudios Universitarios.

Actualmente está: ☐ Jubilado/ Pensionista ☐ En paro ☐ Trabajo en casa

☐ Trabajando/ Activo ☐ Estudiante

Lugar de residencia: ☐ Ferrol ☐ Comarca Ferrolterra ☐ Otro

ANEXO II: TABLA DE PERFILES TÍPICOS

PERFILES TÍPICOS				
	SEXO	EDAD	SERVICIO	1ª VISITA
E1	HOMBRE	18-39 AÑOS	QUIROPODOLOGÍA	SÍ
E2		40-60 AÑOS		
E3		+60 AÑOS		
E4	HOMBRE	18-39 AÑOS	ORTOPODOLOGÍA	SÍ
E5		40-60 AÑOS		
E6		+60 AÑOS		
E7	HOMBRE	18-39 AÑOS	QUIROPODOLOGÍA	NO
E8		40-60 AÑOS		
E9		+60 AÑOS		
E10	HOMBRE	18-39 AÑOS	ORTOPODOLOGÍA	NO
E11		40-60 AÑOS		
E12		+60 AÑOS		
E13	MUJER	18-39 AÑOS	QUIROPODOLOGÍA	SÍ
E14		40-60 AÑOS		
E15		+60 AÑOS		
E16	MUJER	18-39 AÑOS	ORTOPODOLOGÍA	SÍ
E17		40-60 AÑOS		
E18		+60 AÑOS		
E19	MUJER	18-39 AÑOS	QUIROPODOLOGÍA	NO
E20		40-60 AÑOS		
E21		+60 AÑOS		
E22	MUJER	18-39 AÑOS	ORTOPODOLOGÍA	NO
E23		40-60 AÑOS		
E24		+60 AÑOS		

ANEXO III. HOJA INFORMATIVA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PODOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA.

INVESTIGADOR: FÁTIMA SANTALLA BORREIROS

DIRECTORES DE TESIS: DR. RAMÓN GONZÁLEZ CABANACH

DR. JOSÉ ANTONIO SOUTO GESTAL

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

La satisfacción del paciente es un indicador clave para evaluar la calidad en los servicios sanitarios.

Los resultados de los estudios de satisfacción de los pacientes permiten la identificación de problemas y de factores que necesitan mejorar en los servicios clínicos. Asimismo, permite a los responsables de la gestión sanitaria comprender las necesidades de los pacientes y, en consecuencia, elaborar planes estratégicos para conseguir servicios más eficaces y de mejor calidad.

El objetivo principal de este estudio es medir el grado de satisfacción y evaluar la calidad asistencial percibida por los usuarios de la Clínica Universitaria de Podología (CUP) de la Universidad de A Coruña.

¿POR QUÉ NOS OFRECEN PARTICIPAR?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Ustedes están invitados a participar porque cumplen esos criterios.

¿EN QUÉ CONSISTE NUESTRA PARTICIPACIÓN?

La participación consiste en expresar su experiencia del paso por la clínica a través de una entrevista con el investigador responsable. A lo largo de esta entrevista el investigador le preguntará por diferentes aspectos que ayuden a evaluar su satisfacción con los servicios prestados en la clínica.

La duración estimada de la misma será de 15 min. Las entrevistas serán grabadas con el fin de analizar posteriormente los datos de la entrevista.

La investigadora puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos de estudio.

¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS?

El tratamiento de sus datos se realizará en todo momento de modo codificado.

El equipo investigador se compromete a cumplir con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal en cuanto al tratamiento, comunicación y cesión de sus datos.

Su voz podría ser identificada durante el proceso de análisis de los datos, pero tan sólo el investigador principal y sus directores de tesis tendrán acceso a la misma. Una vez que los archivos de audio obtenidos durante las entrevistas se sometan a un proceso de transcripción serán destruidos inmediatamente.

¿QUÉ RIESGOS O INCONVENIENTES TIENE?

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo físico o de otro tipo, molestias o inconvenientes por participar.

¿OBTENDREMOS ALGÚN BENEFICIO POR PARTICIPAR?

No se espera que ustedes obtengan beneficios directos por participar en el estudio.

En un futuro, es posible que los resultados de la investigación proporcionen datos importantes para mejorar la calidad de la asistencia en la CUP, beneficiando de este modo a sus usuarios.

¿SE PUBLICARÁN LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los pacientes.

¿EXISTEN INTERESES ECONÓMICOS EN ESTE ESTUDIO?

Esta investigación es promovida por Fátima Santalla Borreiros con fondos aportados por el propio investigador.

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Ustedes no serán retribuidos por participar.

¿QUIÉN ME PUEDE DAR MÁS INFORMACIÓN?

Puede contactar con Fátima Santalla Borreiros en el teléfono XXXXXXXXX para más información.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO IV. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación de la calidad asistencial en la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de A
Coruña.

Yo _____ con
DNI _____

☐ He leído la hoja de información al participante del estudio, arriba mencionado, que se me entregó, he podido hablar con Fátima Santalla Borreiros (investigadora del mismo) y hacerle todas las preguntas necesarias para comprender sus condiciones y considero que he recibido suficiente información sobre el estudio.

☐ Comprendo que la participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados sanitarios.

☐ Accedo a que se utilicen los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.

☐ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Participante

El/la investigador/a,

Fdo.:

Fdo.: Fátima Santalla Borreiros

Fecha:

Fecha:

ANEXO V. GUION TEMÁTICO DE ENTREVISTA

PREGUNTAS A EMPLEAR EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

¿Cuál ha sido su experiencia en la Clínica? ¿cómo la describiría?

¿Cuáles son en su opinión los aspectos negativos o a mejorar?

Si el participante no es capaz de comenzar la respuesta, la investigadora añadirá: en cuanto a las instalaciones, las citas, el tiempo de espera, el seguimiento, el equipamiento, el trato, ... ¿algún aspecto a mejorar?

¿Cuáles cree que son aspectos positivos o a resaltar?

¿Hay algo más que quiera compartir con nosotros sobre la atención recibida? ¿Alguna sugerencia de cambio?

INCORPORADAS POSTERIORMENTE (REALIZADAS EN 13 ENTREVISTAS)

Si tuviese que comparar esta atención con la de otros centros sanitarios públicos ¿Cómo la describiría?

En otros puntos de España existen clínicas universitarias que prestan estos mismos servicios y en las que el paciente paga por esta atención ¿Cómo lo ve esto?

ANEXO VI. FORMATO DE DIARIO DE CAMPO

CÓDIGO	FECHA	ANOTACIONES		
		TEMÁTICAS	METODOLÓGICAS	REFLEXIVIDAD

ANEXO VII. MATRIZ DE CORRELACIONES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	1	,500	,100	,237	,160	,204	,286	,265	,250	,204	,387	,143	,277	,185	,225	,176	,184	,141	,200	,139	,174	,130	,162	,094
2		1	,105	,265	,213	,202	,358	,241	,169	,236	,309	,202	,320	,340	,338	,297	,227	,290	,320	,210	,284	,139	,139	,025
3			1	,234	,190	,150	,173	,108	,081	,106	,095	,167	,099	,167	,116	,041	,071	,115	,141	,203	,118	,159	,206	,173
4				1	,149	,174	,189	,113	,109	,123	,163	,303	,276	,215	,359	,131	,209	,181	,269	,215	,223	,247	,275	,258
5					1	,328	,268	,145	,148	,251	,178	,216	,362	,240	,312	,181	,240	,206	,286	,131	,259	,145	,245	,162
6						1	,407	,212	,167	,279	,269	,242	,353	,206	,299	,163	,232	,220	,231	,273	,270	,171	,193	,196
7							1	,284	,260	,371	,399	,352	,391	,324	,354	,319	,338	,290	,327	,244	,349	,399	,338	,118
8								1	,767	,418	,499	,125	,363	,215	,349	,378	,373	,354	,304	,181	,120	,162	,216	,164
9									1	,447	,468	,110	,299	,160	,329	,486	,397	,255	,282	,092	,111	,115	,157	,115
10										1	,429	,283	,556	,248	,461	,565	,553	,416	,501	,263	,277	,226	,269	,165
11											1	,218	,463	,323	,488	,483	,436	,341	,344	,255	,204	,267	,278	,099
12												1	,450	,429	,366	,282	,346	,282	,379	,261	,396	,320	,369	,223
13													1	,596	,679	,492	,576	,430	,600	,341	,448	,382	,370	,269
14														1	,472	,323	,322	,310	,350	,265	,338	,362	,279	,225
15															1	,493	,441	,366	,535	,328	,321	,322	,315	,287
16																1	,541	,357	,427	,217	,235	,219	,206	,149
17																	1	,438	,456	,278	,254	,299	,313	,273
18																		1	,543	,349	,330	,337	,264	,135
19																			1	,329	,420	,310	,342	,208
20																				1	,447	,542	,299	,105
21																					1	,543	,485	,144
22																						1	,455	,151
23																							1	,236
24																								1

ANEXO VIII. ESTADÍSTICAS DEL TOTAL DEL ELEMENTO

<i>Estadísticas de total de elemento</i>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1 trámites admisión	102,78	63,36	,350	,879
2 tramites sucesivas citas	102,79	62,83	,416	,877
3 facilidad acceso llegar centro	103,58	60,38	,267	,888
4 adaptaciones discapacidad	103,25	61,60	,402	,877
5 tiempo cita—consulta	103,65	58,87	,402	,880
6 tiempo espera para ser atendido	103,28	59,94	,432	,877
7 horario de la cita	102,93	61,19	,537	,874
8 trato recibido	102,58	64,38	,440	,879
9 amabilidad y cortesía	102,57	64,69	,390	,879
10 seguimiento personalizado	102,82	60,84	,561	,873
11 satisfacción servicio—precio	102,68	63,02	,530	,876
12 folletos, dípticos	103,40	59,79	,516	,874
13 información problema salud	103,02	58,35	,730	,868
14 información a familiares	103,10	61,16	,539	,874
15 claridad tratamiento y pautas	102,87	60,13	,659	,871
16 interés del personal	102,75	62,40	,509	,876
17 confianza y seguridad transmitida	102,82	61,32	,584	,874
18 cuidado intimidad	102,82	61,79	,524	,875
19 opinión tratamiento propuesto	102,94	60,76	,627	,872
20 estado físico centro	103,14	60,78	,475	,875
21 comodidad sala espera	103,31	59,97	,566	,873
22 tecnología equipos	103,22	60,60	,507	,875
23 señalización dentro centro	103,30	58,85	,519	,874
24 identificación del personal	103,20	60,77	,321	,882

ANEXO IX. ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA CADA UNO DE LOS ÍTEMS Y FACTORES DEL CUESTIONARIO.

Estadísticos descriptivos para los ítems del factor Aspectos clínicos

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.	Asimetría		Curtosis	
	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Desv. Error	Estadíst.	Desv. Error
10 SEGUIMIENTO PERSONALIZADO	315	1,0	5,0	4,689	,5794	-2,361	,137	7,694	,274
12 FOLLETOS, DIPTICOS	315	1,0	5,0	4,118	,7406	-1,037	,137	2,104	,274
13 INFORMACIÓN PROBLEMA SALUD	315	1,0	5,0	4,498	,6683	-1,476	,137	2,994	,274
14 INFORMACIÓN A FAMILIARES	315	1,0	5,0	4,412	,5656	-1,319	,137	4,511	,274
15 CLARIDAD TRATAMIENTO Y PAUTAS	315	2,0	5,0	4,645	,5670	-1,544	,137	2,020	,274
16 INTERÉS DEL PERSONAL	315	3,0	5,0	4,762	,4528	-1,651	,137	1,725	,274
17 CONFIANZA Y SEGURIDAD TRANSMITIDA	315	3,0	5,0	4,693	,5104	-1,412	,137	1,076	,274
18 CUIDADO INTIMIDAD	315	2,0	5,0	4,690	,5095	-1,550	,137	2,447	,274
19 OPINIÓN TRATAMIENTO PROPUESTO	315	3,0	5,0	4,569	,5319	-,796	,137	-,339	,274
TOTAL FACTOR	315	2,93	5,00	4,5642	,40359	-,999	,137	,812	,274
N válido (por lista)	315								

Estadísticos descriptivos para los ítems del factor Trato

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.	Asimetría		Curtosis	
	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Desv. Error	Estadíst.	Desv. Error
8 TRATO RECIBIDO	315	4,0	5,0	4,930	,2552	-3,389	,137	9,551	,274
9 AMABILIDAD Y CORTESIA	315	4,0	5,0	4,940	,2385	-3,711	,137	11,849	,274
11 SATISFACCIÓN SERVICIO—PRECIO	315	3,0	5,0	4,836	,3678	-2,314	,137	4,682	,274
TOTAL FACTOR	315	3,67	5,00	4,9019	,24186	-2,922	,137	8,148	,274
N válido (por lista)	315								

Estadísticos descriptivos para los ítems del factor Infraestructura

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.	Asimetría		Curtosis	
	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Desv. Error	Estadíst.	Desv. Error
20 ESTADO FÍSICO CENTRO	315	1,0	5,0	4,370	,6767	-1,130	,137	2,664	,274
21 COMODIDAD SALA ESPERA	315	2,0	5,0	4,208	,6646	-,341	,137	-,476	,274
22 TECNOLOGÍA EQUIPOS	315	2,0	5,0	4,292	,6604	-,591	,137	-,026	,274
23 SEÑALIZACIÓN DENTRO CENTRO	315	1,0	5,0	4,216	,8403	-1,086	,137	1,106	,274
TOTAL FACTOR	315	2,50	5,00	4,2715	,54722	-,318	,137	-,406	,274
N válido (por lista)	315								

Estadísticos descriptivos para los ítems del factor Trámites

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.	Asimetría		Curtosis	
	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Desv. Error	Estadíst.	Desv. Err.
1 TRÁMITES ADMISIÓN	315	3,0	5,0	4,732	,4773	-1,491	,137	1,197	,274
2 TRAMITES SUCESIVAS CITAS	315	3,0	5,0	4,728	,4827	-1,542	,137	1,456	,274
TOTAL FACTOR	315	3,50	5,00	4,7303	,41568	-1,214	,137	,050	,274
N válido (por lista)	315								

Estadísticos descriptivos para los ítems del factor Tiempos

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.	Asimetría		Curtosis	
	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Desv. Error	Estadíst.	Desv. Error
5 TIEMPO CITA— CONSULTA	315	1,0	5,0	3,859	1,0248	-,874	,137	,570	,274
6 TIEMPO ESPERA PARA SER ATENDIDO	315	1,0	5,0	4,236	,8381	-1,252	,137	2,000	,274
7 HORARIO DE LA CITA	315	3,0	5,0	4,579	,5638	-,959	,137	-,054	,274
TOTAL FACTOR	315	2,33	5,00	4,2245	,60809	-,470	,137	-,273	,274
N válido (por lista)	315								

Estadísticos descriptivos para los ítems del factor Accesos

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.	Asimetría		Curtosis	
	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Estadíst.	Desv. Error	Estadíst.	Estadíst.
3 FACILIDAD ACCESO LLEGAR CENTRO	315	1,0	5,0	3,936	1,1126	-,990	,137	,343	,274
4 ADAPTACIONES DISCAP	315	1,0	5,0	4,266	,6664	-1,535	,137	4,337	,274
24 IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL	315	1,0	5,0	4,311	,9228	-1,877	,137	4,072	,274
TOTAL FACTOR	315	2,00	5,00	4,1708	,62831	-,791	,137	,527	,274
N válido (por lista)	315								

ANEXO X. FRECUENCIA DE CÓDIGOS

	TEMAS	CATEGORÍAS	CÓDIGOS	FRECUENCIA DE CÓDIGOS	Nº DE FUENTES	Nº DE REFERENCIAS
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DE LA CUP	ASPECTOS CLÍNICOS	COMPETENCIA Y SEGURIDAD	Cód: De la atención del alumnado	5,4%	10	18
			Cód: De la atención del docente	3,6%	10	12
		COMUNICACIÓN	Cód: Explicación de tratamiento y pautas	1,5%	3	5
		SEGUIMIENTO	Cód: Seguimiento adecuado	2,1%	5	7
			Cód: Interrupción del seguimiento	0,9%	2	3
		RESULTADO	Cod: Mejora del estado de salud	4,8%	13	16
	TRATO	TRATO RECIBIDO	Cód: Buen trato	8,4%	19	28
		AMABILIDAD Y CORTESÍA	Cód: Preocupación y, empatía del personal	10,2%	18	34
	INFRAESTRUCTURAS	INSTALACIONES	Cód: Instalaciones muy buenas	2,4%	8	8
		TECNOLOGÍA Y EQUIPAMIENTO	Cód: Adecuada tecnología y equipamiento	2,7%	7	9
			Cód: Deficiencias en tecnología y equipamiento	1,8%	3	6
	ACCESIBILIDAD	ACCESO FÍSICO	Cód: Facilidad de acceso para llegar al centro	0,6%	2	2
		TRÁMITES	Cod: Facilidad de trámites	3,9%	9	13
		TIEMPOS	Cód: Tiempo de espera de cita	6,9%	12	19
			Cód: Tiempo de espera en sala	3,3%	9	11
	CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO	RELACIÓN CALIDAD-CARACTERÍSTICAS	Cód: Valoración de calidad-características	1,2%	3	4
		COSTES	Cód: Pagar por la atención recibida	3,6%	11	12
			Cód: Acceso a personas con dificultades económicas	1,8%	5	6
	EXPERIENCIA	EXPERIENCIA CLÍNICA	Cód: Experiencia satisfactoria	34,8%	31	116